

"Soit tu m'adoptes, soit tu m'abandonnes ! L'AFT comme pratique aux limites"

Nathalie Pourcel, assistante sociale
Yasmine Serhane, assistante familiale
Johann Jung, psychologue
Relais Accueil Familial Thérapeutique (RAFT), CH Le Vinatier, Bron

Résumé :

Si l'AFT, comme dispositif d'accueil familial et à domicile offre une scène privilégiée au déploiement des processus identitaires, relationnels et affectifs établis au contact de la famille d'origine, il arrive que certaines configurations d'accueil, par la force de l'implication affective et / ou la nature spécifique du lien existant entre accueillant et accueilli, entrave le projet thérapeutique associé à l'AFT. Au-delà de la question de l'indication et des limites de l'AFT à répondre à une telle problématique, il s'agira de penser, à partir d'une situation clinique d'accueil, l'AFT comme « pratique aux limites », en mettant l'accent sur la nécessité d'un travail de pensée entre les différents acteurs de l'accueil et ses effets sur la prise en charge de l'enfant.

Introduction : présentation de l'intervention (J. Jung)

1 – Présentation du dispositif du RAFT (N. Pourcel, AS)

2 – Présentation de Jordan et du cadre d'accueil (N. Pourcel, AS)

3- Situation clinique d'accueil de Jordan (Y. Serhane, AF)

4 – Commentaires (J. Jung, Psychologue)

5 – L'accueil Familial Thérapeutique : une pratique aux limites (J. Jung, Psychologue)

1 – PRESENTATION DU RAFT : N. Pourcel

Le Relais Accueil Familial Thérapeutique ou RAFT est un service intersectoriel du pôle de pédopsychiatrie du Centre hospitalier Le VINATIER, situé à Lyon. Ce service a été créé il y a maintenant 14 ans.

Nous fonctionnons en équipe pluridisciplinaire à temps partiel, composée d'un médecin chef, d'une secrétaire médicale, de deux assistantes sociales, d'un psychologue et d'un groupe d'assistantes familiales aujourd'hui au nombre de 8 pour 22 enfants accueillis. (+ un cadre de santé).

Le RAFT s'adresse à des enfants et des adolescents âgés de 0 à 18 ans suivis au sein d'une structure de soin dépendant de l'hôpital du Vinatier (CMP, HDJ, CATTP). Les demandes nous sont adressées par les équipes de soin où sont suivis les enfants. L'accueil familial thérapeutique est un complément à un soin déjà engagé sur le pôle de pédopsychiatrie, et qui doit se poursuivre pendant au moins toute la durée de l'accueil.

Il s'agit donc d'une indication médicale posée par le médecin référent 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 demandeuse et d'une partie de l'équipe du RAFT. Cette rencontre est destinée à présenter l'enfant dans son environnement, le dispositif de soin dans lequel il s'inscrit 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 qui représente le RAFT. Cette rencontre a pour objectif de finaliser le projet d'accueil et débouche sur 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 amène à privilégier des séquences courtes, d'une durée variable de 2 à 6 heures, plusieurs fois par semaine.

Un temps de supervision groupal mensuel ou plus exactement d'aide à l'élaboration clinique des situations d'accueil est assuré par le psychologue. Destiné à toutes les assistantes familiales, ce temps est l'occasion de travailler les situations d'accueil et de leur donner collectivement un sens après-coup.

Un temps de formation également mensuel assuré par le psychologue et des intervenants extérieurs permet de reprendre et d'approfondir certaines problématiques rencontrées dans l'accueil.

Un accompagnement des familles d'accueil (ponctué par des visites à domicile) 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 posées par l'accueil au quotidien.

2 – PRESENTATION DE JORDAN : N. Pourcel

Nous avons choisi de partir d'une vignette clinique pour illustrer la problématique du lien en AFT.

Je vais vous présenter l'arrivée de Jordan dans notre service.

Nous avons été sollicités par un CMP pour répondre à une demande d'AFT pour Jordan âgé de 9 ans. Il est le dernier d'une fratrie de 6 : 2 grandes demi-sœurs côté maternel, 3 grandes sœurs.

Ses parents sont divorcés, sa garde a d'abord été confiée à sa mère, puis il a été placé durant 1 an ½ en MECS d'où il est parti à la demande de la mère pour être confié à son père. Ce dernier fera lui-même appel au Conseil Général quelques mois après l'arrivée de son fils pour demander de l'aide.

Jordan passe un samedi et un dimanche /2 chez sa mère. Elle est elle-même en difficultés personnelles et souffre de troubles psychologiques.

Il vit donc chez son père depuis environ 1 an lorsque le CMP nous sollicite.

SOINS

En ce qui concerne les soins, Jordan est connu du CMP depuis l'âge de 5 ans, il y a été adressé pour hyperactivité et difficultés liées à l'acceptation des limites.

Différentes prises en charge sont organisées :

- Psychomotricité
- Thérapie familiale
- Thérapie individuelle
- Groupe thérapeutique (prise en charge qui s'est arrêtée car le groupe ne semblait pas adapté, générant de nombreux passages à l'acte)
- Au cours de la demande Jordan est décrit comme un enfant intelligent, très fin, avec beaucoup d'imagination. Il est très curieux mais débordé par ses affects et envahi par les difficultés de ses parents.

Il recherche activement la relation individuelle et teste en permanence les limites.

SCOLARITE

Jordan est en CE2 avec un petit niveau scolaire (début CE1). Il sait tout juste lire. Il est scolarisé à temps plein. Il montre des troubles du comportement de type agitation, agressivité. Il se bagarre, peut-être dans la provocation et tenir des propos obscènes. Les temps de récréation restent compliqués car Jordan montre là, encore plus d'agitation et de dispersion. Il a d'ailleurs été exclu de la cantine. Une demande d'orientation en ITEP est en cours.

Le CMP qui nous adresse cette demande pose l'indication de 2 ½ journées d'accueil + 1 nuit. Ne pouvant répondre à ce moment-là sur un accueil de nuit, nous proposons donc le cadre d'accueil suivant :

- lundi de 14h à 17h30
- vendredi de 13h30 à 16h15

Cet accueil débutera le 20 février et prendra fin à la fin du mois de juin.

3- SITUATION CLINIQUE D'ACCUEIL DE JORDAN : Y. Serhane

Les premières informations concernant Jordan et sa famille ainsi que les problèmes que rencontre cet enfant m'ont été présentés lors d'une première réunion avec le RAFT et l'équipe de soin. Comme des parents qui attendent ou adoptent un enfant, et à partir de cette première rencontre, toute la famille se met à imaginer l'enfant qui nous sera confié. Personnellement, au vu des informations qui m'ont été rapportés par l'équipe pluridisciplinaire, Je me suis faite une image d'un enfant intelligent, calme et affectueux et qui pouvait être aussi hyperactif et agressif.

C'est avec impatience, ainsi qu'une légère appréhension que j'ai rencontré pour la première fois Jordan, en présence de son père, l'assistante sociale et le médecin psychiatre, lors d'un second rendez- vous, sur le lieu de soin (CMP). Cette rencontre a été très agréable. Je découvre un enfant calme, souriant, attentif et très enchanté de me rencontrer. Ce fut de même pour moi. Quelques jours plus tard, l'accueil familial thérapeutique débute effectivement.

Pour son premier accueil Jordan est accompagné de son papa. Il découvre les lieux où il passera quelques heures avec moi : une fois par semaine au début, puis, progressivement, le temps d'accueil augmentera à deux séquences par semaine. Les premiers accueils, furent, pour Jordan, ma famille et moi-même, un temps d'apprivoisement réciproque où nous nous découvrons et faisons connaissance. Il se présentait alors comme un enfant charmant, attachant et irréprochable. L'image d'un enfant parfait ! Il participait et adhérait très facilement à toutes sortes d'activités que je lui proposais (cuisine, peinture, collage...) même s'il s'en lassait très rapidement. Il était en effet difficile pour lui de se concentrer sur la même activité très longtemps.

C'était un enfant très charmeur, qui était aux petits soins avec moi, me proposant son aide dans les tâches ménagères (balayer, débarrasser, faire la cuisine...). Ces moments de participation étaient aussi l'occasion de se confier : il me parlait de son papa, de ses sœurs, un peu moins de sa maman. Avec mon époux, il commençait à partager des moments de jeux, de promenade, de fous rires et de confidences. Au fil des accueils des liens se tissaient peu à peu avec Jordan. Des liens semblables à des sentiments maternels, paternels et fraternels émergeaient dans la famille vis-à-vis de Jordan. Nous avons envie de le protéger, de l'entourer et de réparer ses blessures.

Nous étions, selon Jordan, à l'image de la famille qui l'aurait voulu avoir : il émettait le souhait que nous devenions ses parents adoptifs. Il semblait qu'un processus d'adoption imaginaire était lancé entre nous et malgré nous.

Jordan se rapprochait aussi beaucoup de moi. Il recherchait une relation très exclusive, maternelle, je dirais même « fusionnelle ». Jordan se dénigrait et se sous estimait souvent, disant qu'il ne servait à rien, que personne ne l'aimait, ce à quoi je répondais, en le prenant dans mes bras (comme je l'aurais fait avec mes propres enfants), et en lui assurant qu'il était très intelligent et qu'il avait beaucoup de capacités.

Jordan oscillait entre un comportement de bébé exigeant une satisfaction de tous ses désirs et un comportement d'adulte qui commandait et qui donnait des leçons de morale à mon fils plus âgé que lui, en lui reprochant par exemple de ne pas être aussi serviable, gentil et attentif que lui l'était envers moi.

Des tensions commençaient à apparaître entre les deux enfants. Jordan provoquait mon fils en lui prenant ce qu'il lui tenait à cœur : trottinette, jeux vidéo, etc. Il m'appelait aussi maman de plus en plus... Il s'en vantait et narguait mon fils ouvertement avec grand plaisir et un large sourire. Il y eut beaucoup de jalousie entre eux. Jordan commençait à dévoiler son côté agressif et provocateur.

Nous avons l'habitude d'aller ensemble au parc après avoir récupéré mon fils à la sortie de l'école. Dès qu'il l'apercevait, Jordan trouvait très vite un quelconque motif pour le provoquer. Les réactions étaient immédiates et cela finissait souvent en bagarre. Lorsque je les séparais, Jordan s'en prenait aux autres enfants, provoquant ainsi la colère des parents et mettant mes propres nerfs à vif. A bout, je mettais un terme à la sortie, Jordan se mettait encore plus en colère : les insultes fusaient me rappelant que je n'étais pas sa mère, que j'étais l'assistante familiale "thérapeutique", chez qui il devait avoir en quelque sorte tous les droits puisque qu'il s'agissait d'une "thérapie".

Jordan détestait l'échec, la défaite, et tous les jeux où il y avait un gagnant et un perdant, surtout si l'adversaire était mon fils. A ce propos nous avons été faire une partie de bowling, et seulement après quelques lancées de boules - voyant que mon fils prenait le dessus - Jordan prétextait une douleur dans le bras pour mettre un terme à la partie.

Jordan testait régulièrement à quel point je m'inquiétais pour lui et jusqu'où il pouvait pousser mes limites. Et surtout est-ce que je ne finirais pas par l'abandonner ? A ce propos, il se cachait souvent lors de nos promenades, ne réapparaissant, malgré mes maintes sollicitations, qu'après m'avoir inquiétée, affolée ou mise en colère.

Il pouvait aussi se mettre en danger en traversant avec sa trottinette sans regarder ou en montant très haut dans les arbres, menaçant de se laisser tomber. La situation devenait de plus en plus compliquée : tantôt il me témoignait une profonde affection allant jusqu'à me demander lequel des deux enfants je préférais: mon fils ou lui ? (Il m'appelait souvent au téléphone alors qu'il cherchait à joindre sa maman). Tantôt il exprimait de l'agressivité verbale et même parfois physique mettant à mal l'accueil jusqu'à parvenir à le compromettre.

J'appréhendais de plus en plus les accueils de Jordan. Entre un fils qui me suppliait d'arrêter l'accueil et Jordan qui m'investissait comme si j'étais sa maman et qui m'en faisait voir de toutes les couleurs, j'avais l'impression d'être prise dans des sentiments contradictoires à son égard. Cette ambivalence se caractérisait par des mouvements de surprotection et de grand attachement qui alternaient à d'autres moments avec des sentiments de rejet : Jordan me poussait parfois à bout au point de devoir mettre une distance physique entre lui et moi.

Ces situations m'alertaient que j'étais probablement arrivée à la limite. Une limite malheureusement indispensable pour l'équilibre et le bien être de Jordan, mais aussi celui de mon fils et du mien.

L'accueil a été compromis par un facteur qui nous a peut être échappé. L'âge rapproché de Jordan et celui de mon propre enfant, a pu être à l'origine de cette rivalité. D'autres enjeux propres à la pathologie de Jordan ont certainement aussi joué un rôle dans l'échec de cet accueil.

En commun accord avec le RAFT et l'équipe de soin, nous avons suspendu l'accueil au début des vacances d'été dans la perspective de reprendre à la rentrée pour aller progressivement ensuite vers l'arrêt définitif. Cela me donnait l'occasion d'expliquer à Jordan les raisons de l'arrêt de l'accueil et surtout que je ne l'abandonnais pas (même s'il avait inconsciemment tout fait pour y arriver).

Peu de temps après Jordan a été admis en ITEP. Il a intégré cet établissement sans jamais revenir. En plus d'un sentiment d'échec et la sensation d'un travail inachevé, je culpabilisais de ne pas avoir pu, ainsi que ma famille, revoir Jordan et lui faire nos adieux. C'est le plus grand regret de cet accueil.

4 – Commentaires : J. Jung

On a vu à partir de cette présentation comment Jordan cherche à vérifier en permanence comment il est investi par l'assistante familiale, mais aussi jusqu'où celle-ci est prête à l'accueillir. Les différentes sollicitations de Jordan montrent combien il cherche à capter l'attention et l'investissement de l'AF dans une quête excessive d'exclusivité et pour cela tous les moyens sont bons.

Il y a d'abord la séduction : Jordan se présente comme un enfant idéal, parfait, bien sous tout rapport, un enfant rêvé de l'accueil familial. Il viendrait combler le narcissisme de l'assistante familiale en soutenant le fantasme d'être une « bonne mère » accueillante en lieu et place d'un environnement insatisfaisant voir à chaque fois décevant pour Jordan.

L'AFT peut être repéré à partir des premières rencontres comme un moyen de réparer ou d'offrir enfin ce que Jordan n'a jamais pu éprouver au cours de son histoire, à savoir un lieu susceptible de l'accueillir complètement où il pourrait faire l'expérience d'être tout pour l'autre et ou l'autre, en l'occurrence, l'assistante familiale serait totalement dévoué pour lui, dans une disponibilité sans limites. Un lieu où il pourrait enfin être aimé d'un amour sans failles.

Mais voilà, face à cet excès de demande et surtout à l'impossibilité de pouvoir y répondre d'une façon suffisamment satisfaisante, la lune de miel devait bientôt laisser place à une réalité bien plus difficile à accepter.

La configuration familiale, la mise en tension avec le fils de l'assistante familiale semble ici exacerber la problématique clinique de Jordan. Jordan n'est pas tout seul, ce n'est pas non plus le fils de Mme. Il n'y aurait pas de place pour deux. Et toutes les manœuvres mises en place (que l'on pense aux diverses stratégies pour capter l'attention de Mme, les jeux de cache-cache, les mises en danger, les provocations) semblent chercher à contrer cette réalité insupportable dans un mouvement en tout ou rien : Prendre la place du fils dans le cœur de Mme en imposant un investissement exclusif à son endroit.

Soit tu m'adopte, soit tu me jettes ! Tel peut être formulé le paradoxe dans lequel sont pris chacun à leur manière Jordan et l'assistante familiale. La fin de l'accueil montre au fond l'impossibilité de trouver une issue thérapeutique à ce paradoxe.

5 - L'AFT comme pratique aux limites : J. Jung

Cette situation clinique d'accueil est l'occasion de réfléchir sur l'AFT comme pratique aux limites.

Une première forme de limite peut se traduire par exemple par la mise à l'épreuve du cadre d'accueil, c'est-à-dire concrètement des capacités de l'Assistante Familiale à accueillir la souffrance de Jordan. La souffrance psychique est en quelque sorte agie, manifestement exacerbée par la configuration familiale sur laquelle elle vient se projeter massivement. Les enjeux psychiques de Jordan semblent en effet s'intensifier au contact de la dimension familiale de l'accueil en ne laissant pour ainsi dire aucun espace de jeu.

Plus encore, la dimension familiale du dispositif semble convoquer Jordan et l'Assistante Familiale dans un registre archaïque où la question de la limite entre soi et l'autre, entre le passé et le présent, tend à disparaître.

Cet enjeu est tellement fort qu'il met à l'épreuve de façon violente les ressorts de l'accueil qui apparaissent du coup dans toute leur fragilité :

Le fantasme d'être une bonne AF au début de l'accueil se retourne comme un gant, laissant surgir des pensées d'échec voire de rejet concernant l'enfant, ce qui va l'encontre même de la notion d'accueil... ce dont témoigne entre autres l'éprouvé de culpabilité.

On peut également penser à la limite entre vie privée et vie professionnelle largement mise à l'épreuve dans cette situation. La décision de suspendre l'accueil est en effet étroitement liée à la nécessité de l'AF de protéger son fils.

Ce point met à jour la fragilité de l'AFT pour ce type d'enfant, ce qui pose la question de l'indication.

GREPFA-France - Aix-en-Provence 2014 – Accueillir n'est pas adopter! Et pourtant...

Soit tu m'adoptes, soit tu m'abandonnes ! L'AFT comme pratique aux limites – N. Pourcel, Y. Serhane, J. Jung

L'AFT repéré d'une façon générale par les équipes soignantes comme un soin à la marge, ou encore un relais du soin, un soin qui plus est exercé par des non soignants et à leur domicile, renvoie également à l'idée d'une pratique aux limites. Accueillir un enfant à son propre domicile, au sein de sa propre famille prend un sens particulièrement fort quand on pense aux modifications que cela implique au niveau de l'organisation familiale : rivalité, conflits, réorganisation des places, etc. ce qu'illustre bien l'accueil de Jordan. Mais l'on sait que ce cadre atypique ouvre également sur des expériences fondamentales qui ne peuvent être dépassées sans une certaine mise à l'épreuve des liens et des limites qui les encadrent.

C'est pourquoi une telle pratique suppose par essence des réglages, des ajustements non seulement au niveau des modalités d'accueil mais également au niveau de la pensée qui accompagne l'accueil, pour mettre au travail la limite.

On sait par exemple que ce type de prise en charge peut dans certains cas nécessiter un maillage très serré de l'ensemble des partenaires du soin (sous la forme de synthèse, accompagnement de l'AF, etc.) ce qui n'a malheureusement pas été possible dans cette situation.