

**« Aller en famille d'accueil, ça me rapproche de ma mère.... »**

nous dit Coralie, âgée de 7 ans, après de 2 mois d'accueil séquentiel. Lorsque cette modalité de prise en charge s'arrêtera, elle dira : « mille mercis » à l'assistante familiale. Et pour supporter l'absence de sa mère, elle expliquait qu'elle amenait la « *peluche qui sent maman* ».

**INTRODUCTION : Les différentes langues**

L'accueil familial thérapeutique du service s'est ouvert en 1994 avec 4 places, 6 places, depuis 2008. Depuis 16 ans, cette structure a évolué prenant en compte les différentes évolutions législatives

**Lorsque l'on parle la langue administrative, on évoque la carte d'identité de la structure d'AFT ou l'agence du voyage thérapeutique**

- Service de placement familial thérapeutique défini par l'arrêté du 14 mars 1986, et considéré comme une nature de prise en charge à temps complet, fait l'objet d'une facturation
- inscrit dans les orientations du SROSS 2 et plan de santé mentale 2005-2008 « soutien et implication des familles dans les soins apportés aux enfants avec un objectif d'intensification et de diversification des modes de prises en charge au profit des alternatives à l'hospitalisation »

**Lorsque l'on parle la langue soignante,** on évoque le projet de la structure « *je vais en AFT pour mieux me comporter* » dit Flavien. La parole de ce garçon nous indique la prise de conscience des ses difficultés psychiques et de l'indication de soins posée pour lui et sa famille. La peluche qui sent maman nous renseigne aussi sur la question de l'espace transitionnel mis en œuvre en AFT.

**Lorsque l'on parle la langue de l'assistante familiale,** on reprend les paroles de Mme Traineau qui attendait les visites des soignants toutes les 15 jours. C'est aussi le témoignage de Mme Ouvrard, la dernière assistante familiale qui travaille avec nous depuis le mois d'avril « *avec vous je peux parler des difficultés rencontrées* »

**Lorsque l'on parle différents langages et pour échapper à la confusion des langues** comme dans la tour de Babel, on reprend les différentes paroles lors de la réunion hebdomadaire, lieu de traduction et d'interprétation des différents discours. Nous tissons alors le costume thérapeutique de chaque enfant. Un travail de haute couture, adapté au voyage personnalisé de nos jeunes patients et leurs familles. C'est au moment du départ définitif de Chris qu'Aurélien, encore en famille pour quelques mois, lui a écrit « *si on se revoit pas, adieu. Tu étais le meilleur frère thérapeutique.* »

Notre intervention se déroule en 4 parties langagières

- ➔ La parole institutionnelle : le projet de la structure par F. Besson Cadre, supérieur de santé
- ➔ La parole en réunion de synthèse hebdomadaire par V. Milon, secrétaire médicale

- La parole qui circule entre soignants et famille d'accueil par C. Soullard, éducatrice spécialisée
- Le rôle et la parole des assistants familiaux thérapeutiques par M. Cougnaud, assistante familiale.

### **LA PAROLE INSTITUTIONNELLE (F. Besson)**

Cette structure de soins, reçoit les enfants sur indication médicale pour une durée de prise en charge de 2 ans maximum. Il s'agit de mobiliser rapidement le psychisme des enfants et des familles comme l'a expliqué le Docteur Réveillaud dans son exposé à propos de Marc. La semaine prochaine, il rencontrera son assistante familiale avant son départ pour un autre voyage, le déménagement de sa famille dans une autre région. Nous avons organisé un goûter, le jeune n'ayant plus de soins.

**Le premier principe du temps séquentiel** permet aux parents de ne pas se sentir déresponsabilisés ou désappropriés de leur enfant, mais également aux enfants d'investir le holding des assistants familiaux sans pour autant « abandonner » leurs parents. En arrivant en famille d'accueil, Lilie se jette dans les bras de l'assistante famille et lui dit : « *tata, je t'aime gros comme la galaxie* ». Elle affole sa mère à son retour en lui disant « *tu sais chez tata, ils ne me donnent pas à manger* ».

**Le deuxième principe : pas de contact entre les parents et les familles d'accueil** permet de reprendre tous ces éléments avec **Le troisième principe des réunions** expliqué par Véronique puis repris dans les interventions de Chantal et Mariette, illustrant le bénéfice thérapeutique de cette structure.

**Le principe du territoire de la législation hospitalière, principe de réalité** reprend les mises à jour législatives liées aux évolutions des hôpitaux et AFT ; lien avec l'intervention du Dr Roeland.

**Formalisation du consentement et de la demande d'admission.** Ils sont formalisés sur papier sous forme de contrat pour le consentement. La demande d'admission est transmise au bureau des usagers. Les documents sont archivés dans le service.

#### **Procédure d'agrément des assistants familiaux (anciennement familles d'accueil)**

Le membre du couple souhaitant être assistant familial, doit faire une demande d'agrément auprès de la protection maternelle et infantile (PMI). Le futur employeur doit proposer une formation de 60 h 00 avant le premier accueil. Par la suite, la formation au diplôme d'état d'assistant familial peut être proposée.

Le contrat de travail. Pour notre établissement, il s'agit d'un CDD avec une grille de rémunération. Actuellement, ce dossier est en instance avec la DRH, pour une mise en conformité avec le droit du travail

Projet individualisé ou costume thérapeutique. Il s'agit d'un accueil séquentiel de une à quelques nuits par semaine. Chaque enfant bénéficie d'un planning individualisé avec les heures d'arrivée et de départ en AFT + les autres prises en charges thérapeutiques (groupes thérapeutiques, packs ... ).

Tableau de présence des enfants en lien avec la permanence de soins de l'établissement . Un tableau mensuel de présence est disponible à la permanence des soins et actualisé quotidiennement. Il permet d'intervenir 24/24. Les informations concernant l'enfant sont dans le dossier du patient. Un guide concernant les règles de fonctionnement y est également disponible.

En conclusion, la parole en réunion permet d'articuler les différents principes dont ceux des enfants illustrant le principe de holding en AFT « *si tu veux des câlins, tu tends les bras et elle vient ...* ». Nous pouvons ainsi soigner avec un contenant législatif et thérapeutique permettant la mise en route de la pensée chez nos patients et l'adaptation aux besoins des enfants d'aujourd'hui.

## **LA PAROLE EN REUNION (V. Milon)**

**Les réunions ont lieu chaque semaine.** C'est un **lieu d'échange et d'élaboration** où tous les nouveaux projets sont validés et mis en place lors de cette réunion ; nous parlons aussi de tous les enfants accueillis.

C'est aussi un **lieu ouvert à l'ensemble des soignants** de notre service. Régulièrement, les soignants qui ont en charge, en soins, les enfants, sur les différentes structures de notre service, viennent participer à cette réunion.

**Tout le travail, en AFT, est donc un travail de liens entre tous les référents de l'enfant et nécessite une très grande coordination.**

Cette réunion est un lieu d'échange important dans le dispositif de soins et un lieu de « supervision » comme le dit le Dr Réveillaud ; les soignants, non-concernés par l'enfant dont on parle, donne leur avis et aide ainsi à la compréhension des éléments rapportés.

### **NOUVEAUX PROJETS**

Toutes les **indications d'AFT sont proposées par les équipes des structures de soins** qui ont en charge l'enfant et sont **ensuite validées ou non par le médecin responsable** de la structure AFT.

**Chaque nouveau projet est mis en place lors de cette réunion par:**

- **Le choix de la famille AFT** qui sera le mieux appropriée à l'enfant,
- **Le rythme de cet accueil qui est toujours séquentiel** comme la dit Françoise (de 1 à 5 jours) ; **nous devons aussi prendre en compte la mutuelle de l'enfant**, car l'AFT étant facturé comme une hospitalisation à temps plein, nous sommes confrontés au nombre de jours de prise en charge limité du forfait hospitalier par les mutuelles (très souvent 45 jours par an). Forfait 13,50 euros.
- **Les quatre soignants qui seront référents de cet accueil** : deux soignants pour les parents et deux autres soignants pour la famille AFT.

**Nous informons également, par courrier, le médecin traitant de l'enfant et aussi celui de la famille d'accueil** pour chaque nouveau projet.

Au niveau administratif :

→ **Le projet thérapeutique est ensuite envoyé, par courrier, à la direction du CHS qui établira le contrat de travail de la famille AFT.** Nous avons mis en place, dernièrement, un fichier informatique, commun (notre service avec la direction) qui récapitule chaque projet thérapeutique avec toutes les modifications qui y seront apportées.

**Quand l'enfant justifie d'une pathologie lourde**, entraînant une mobilisation encore plus importante de la famille d'accueil (telle que l'énurésie, l'encoprésie, etc...), le médecin responsable fait un courrier à la DRH pour demander une « **indemnité de soutien** » **ce qui se traduira par une augmentation du salaire journalier** de la famille d'accueil.

→ **La prescription de transport établie permettra la prise en charge des transports.** Les transports pour l'entrée et la sortie de chaque séquence, en AFT, sont pris en charge par les caisses d'assurance maladie et le ticket modérateur par les mutuelles.

→ Par contre, **les transports de l'enfant, quand il est en AFT, pour aller à l'école ou en soin dans une structure de notre service, sont pris en charge par le CHS.**

→ Pour chaque prescription envoyée à une compagnie de taxi, **nous joignons un modèle de lettre type rappelant les principes essentiels de l'AFT (notamment le principe de confidentialité et de respect des horaires, mais également les coordonnées de toutes les structures de soins pour être joignable 24 H/ 24 H, comme l'a expliqué Françoise).**

**PROJETS DEJA MIS EN PLACE ET ARRET DE L'AFT**

**Nous parlons aussi, chaque semaine, de tous les enfants accueillis** au travers des compte-rendus de visite faites par les soignants qui vont chez les parents et dans les familles AFT.

Si besoin, nous réadaptons le projet thérapeutique par :

→ **Modification du rythme**

→ **Ajout ou suppression ponctuelle de journée en AFT** (en fonction des nécessités : rendez-vous médicaux des enfants : orthodontiste, ophtalmo, etc... ou congés des familles AFT).

→ **Proposition de soins supplémentaires** (par exemple, traitement médicamenteux, packs, etc...) qui seront ensuite proposés à l'équipe de soins qui a en charge l'enfant.

**Chaque arrêt de l'AFT est discuté et toujours validé lors de cette réunion.**

**POUR ENCORE FAIRE DU LIEN, un compte-rendu de chaque réunion est fait et diffusé à l'ensemble des structures de soins de notre service notant toutes les décisions médicales et le résumé des compte-rendus de visites.**

Au niveau administratif :

**Pour chaque modification du rythme ou de l'arrêt de l'AFT, nous informons aussi la direction.**

### **MISE A JOUR DES PLANNINGS MENSUELS**

---

Nous terminons toujours **la réunion par la mise à jour des plannings de chaque enfant.**

**Ces plannings sont faits mensuellement ;** ils sont envoyé aux parents, à la famille d'accueil, au transporteur, et éventuellement si besoin à l'école de l'enfant.

**Chaque modification implique de les prévenir et d'envoyer des rectificatifs, par écrit, pour confirmation.**

Au niveau administratif :

Chaque fin de mois, nous envoyons aussi **à la direction et au bureau des entrées le planning des enfants** pour l'établissement du  **salaire de chaque famille d'accueil et de la facturation des prix de journées** aux Caisses d'Assurance Maladie et aux mutuelles.

Nous transmettons aussi aux transporteurs des certificats pour les dates de transports en séparant bien ce qui sera pris en charge par les Caisses d'Assurance Maladie et par le CHS.

## LA PAROLE QUI CIRCULE

### ENTRE SOIGNANTS ET FAMILLE D'ACCUEIL (C. Soullard)

Notre structure d'accueil familial thérapeutique, à temps partiel, permet de travailler aux deux niveaux de l'interaction parents-enfants où se situe l'histoire des difficultés relationnelles et où doit se situer le travail de la reconstruction de la fonction contenante des parents et de la constitution du moi de l'enfant.

Les pathologies, présentées par les enfants qui bénéficient de ce soin, sont en rapport avec des expériences précoces, de relations ambivalentes avec l'environnement parental, relations souvent intrusives ou d'emprise et de rejet.

Grâce à la fonction contenante de pare-excitation et l'action valorisante des parents d'accueil, l'enfant acquiert une conscience de soi avec ses capacités, ses limites, il intègre peu à peu les règles lui permettant de vivre en sécurité avec les autres.

La famille d'accueil apparaît comme un élargissement du cercle des proches de l'enfant, mais pas comme une nouvelle famille, ce qui est primordial.

Pour cela, la famille d'accueil doit pouvoir bénéficier de l'aide régulière de l'équipe de L'AFT. Deux soignants de l'équipe (infirmier, éducatrice spécialisée ou psychologue), vont aller échanger avec la famille d'accueil dans la mesure du possible, au rythme de rencontres bimensuelles.

Lors de ces échanges, les soignants vont donner un sens au soutien apporté par les familles d'accueil. Elargir la parentalité, c'est valoriser la parentalité domestique qui consiste pour les adultes de la famille d'accueil à assurer la responsabilité du quotidien de l'enfant, en lui assurant la sécurité et la chaleur d'un cadre familial, qui fait de ces adultes des figures originales pour lui, qui établissent des liens nouveaux et inédits avec lui.

Ainsi, Jérémie dont a parlé le Dr Réveillaud lors de son intervention, ne fera jamais lors de l'accueil, des crises d'angoisses extrêmes, ni de difficulté pour se rendre au nouveau collègue proche de la famille d'accueil. La famille d'accueil est même étonnée de notre questionnement à ce sujet et dit que Jérémie est toujours prêt le matin dans les temps et sort de lui-même attendre le taxi au portail. Les difficultés au collège restent présentes mais les mots dans le carnet de liaison, gérés par la famille d'accueil ne sont plus perçus comme dangereux, car ils sont parlés différemment. Jérémie est amené à réfléchir sur son comportement par tous les membres de la famille.

Ainsi, Stéphane le jeune de la famille d'accueil qui a 1 an de plus, se permet d'intervenir et de lui faire part de ses questionnements dans le même langage que lui, en se référant à son propre vécu du collège. Il ne se prive pas de lui faire des remarques que ne se serait jamais permis la dame d'accueil. Il va ainsi lui faire remarquer « *qu'il est plus facile pour lui d'affronter des brimades plutôt que de se pisser dessus* ». Symptôme que présentait Jérémie au collège précédent.

Peu à peu, l'encoprésie et l'énurésie diurnes se dissipent, restent quelques accidents la nuit.

La toilette refusée dans un 1<sup>er</sup> temps est devenue un acte serein de la vie quotidienne. L'encouragement de Stéphane et l'imitation de son comportement, aide Jérémie dans son quotidien.

Enurésie et encoprésie sont des symptômes difficiles à gérer pour certaines familles d'accueil. Ce symptôme envahit souvent, tant par l'odeur, que par les traces parfois laissées. Si les parents d'accueil sont prêts à recevoir ces désagréments, les enfants sont souvent vite épuisés.

Il est important, pour nous soignants, de repérer les capacités, les fragilités, de chaque famille pour ne pas les mettre en grandes difficultés.

Echanger avec elles, autour de leur ressenti, de leurs interrogations, de leur épuisement, de leur trop grand attachement ou même de leur « ras le bol » est donc, pour nous, primordial.

Au début, les familles restent sur leur réserve mais bien vite, elles comprennent que nous ne sommes pas là pour les sanctionner, mais pour les aider dans leurs difficultés.

Il est important pour nous, de pouvoir répondre présent en cas de grandes difficultés et nous faisons le maximum pour nous libérer rapidement si une aide est nécessaire au sein de la famille comme violence ingérable, fugue...

La présentation de l'enfant à la famille est très importante car nous devons donner les éléments qui peuvent les aider dans leur quotidien tout en préservant un maximum de leur vécu familial.

Il est nécessaire que tout projet d'accueil familial soit travaillé et construit avec l'équipe d'Accueil Familial Thérapeutique qui pourra repérer les éventuelles contre-indications du point de vue de l'enfant et du point de vue des accueillants. Pas question de mettre en danger la famille d'accueil en attaquant un de ses membres, un des enfants le plus souvent. Une dame d'accueil dira : « il peut s'en prendre à moi, j'assume, je suis aussi là pour ça mais pas question qu'il tape un de mes enfants ou un autre enfant accueilli »

L'écoute et l'échange entre soignants et famille d'accueil lors de chaque visite à son domicile, lieu principal de formation des familles. Il est indispensable de préparer les accueillants à l'accueil et au départ des enfants. Un départ peut être vécu comme un échec ou comme un deuil. De même, un enfant mal accueilli peut être le reflet d'une problématique non résolue dans la famille d'accueil, n'ayant rien à voir avec l'enfant lui-même mais avec l'histoire de la famille.

Chaque instant de la vie de famille est propice, pour l'enfant, à la manifestation de symptôme, de problème et c'est donc à partir de moments, à priori anodins, que naîtront souvent des réponses adaptées, positives, constructives. Beaucoup des éléments ci-dessous se caractérisent par l'importance des notions de répétition et de régularité.

Notre soutien est important pour aider les familles à poser le cadre imposé par ce soin comme pas d'appel téléphonique vers les familles naturelles, pas de temps interminables devant télé, ordinateurs, jeux vidéo...

Il est important de poursuivre, dans la mesure du possible, les activités extra-scolaires, sports, centre de loisirs. Il est aussi important qu'il puisse être associé aux loisirs pratiqués par la famille d'accueil.

Quand les familles d'accueil gèrent la scolarité des enfants, il est important de les soutenir, car elles peuvent se laisser entraîner par de mauvais résultats et reprendre à leur compte le même fonctionnement connu dans la famille naturelle. Notre rôle est de leur rappeler que les enfants accueillis sont des enfants, en soins, et que les exigences doivent être adaptées à leurs difficultés, sans pour autant, ne pas en tenir compte.

Le rôle des familles d'accueil pour la scolarité est important ; sans elle, nous ne pourrions pas travailler : la réintégration scolaire de certains enfants, le réinvestissement des apprentissages. La mise à distance de la scolarité par rapport aux familles naturelles est d'une grande aide.

Ainsi Lola, qui rappelons-le, est sous l'emprise affective de sa grand-mère maternelle et d'un conflit entre sa mère et cette dernière était dans l'impossibilité d'investir le scolaire. Quand nous l'avons rencontrée, Lola passait son temps à 4 pattes dans la classe avec de nombreux comportements déviants, au bout de 2 ans en AFT, avec une scolarité soutenue par la famille d'accueil, Lola intégrera une sixième en septembre.

De même, il va être important, pour nous soignants du service, de pouvoir échanger sur les soins dont peuvent parler les enfants comme : psychothérapie, groupe thérapeutique, PACKS...ou expliquer les traitements médicamenteux que les familles sont amenés à donner si besoin.

Tous les thèmes comme l'alimentation, l'hygiène, la violence, le chapardage, le mensonge sont des sujets qui interrogent les familles. Nous faisons des demi-journées de formation avec l'équipe soignante d'AFT. Journées qui sont très riches car les familles peuvent alors discuter entre elles, échanger sur leur façon de faire, s'entraider dans des réponses.

Savoir que nous sommes là en cas de difficultés ou simplement en cas de questionnement est important pour les familles d'accueil et est pointé comme aide positive, en particulier par les familles qui travaillent aussi dans le cadre de l'ASE et qui ne trouvent pas cette même disponibilité.

## LE ROLE ET LA PAROLE DES ASSISTANTS FAMILIAUX THERAPEUTIQUES (Mme Cougnaud)

L'enfant arrive dans un pays neutre : dans le schéma mis en place en AFT, les familles d'accueil ont un minimum d'éléments sur la famille naturelle : c'est un atout, car cela permet d'éviter les a priori et de respecter une neutralité.

Chaque enfant arrive avec sa propre histoire et partage, dans une durée limitée, l'histoire d'une autre famille.

### Quelques exemples :

V, déjà placé dans une famille ASE, en raison de sa problématique familiale lourde, arrive en famille d'accueil thérapeutique avec plusieurs symptômes dont le principal est l'encoprésie.

Ce jeune, dans un autre environnement, ne se sentant pas jugé, semble avoir trouvé sa place au sein de cette famille.

Il s'en suit que ce principal symptôme, cité précédemment, n'est pas apparu une seule fois pendant un séjour d'environ deux mois.

J, ayant été scolarisé dans plusieurs établissements primaires, est arrivé en famille d'accueil thérapeutique, en opposition constante aux règles données : refus de se laver, de se coucher, de faire ses devoirs, etc...

Amélioration très nette depuis deux ans : acceptation des règles de vie en famille d'accueil, diminution des phobies et peurs (araignées et animaux divers).

### Quelques paroles de J. :

AU DEPART : « *je fais ce que je veux, c'est moi qui décide* ».

ENSUITE : « *c'est X qui décide* » (X étant un adulte absent lors des dires).

POUR EVOLUER VERS : « *c'est toi qui décide* ».

ET POUR TERMINER par une acceptation de l'ordre sans commentaire, ni tergiversation.