

Patrick LANGRAND

Psychiatre, C.H.S Saint-Jean de Dieu

➤ AXE n°3 : DU COTE DES PATIENTS

L'espace de l'enfant en accueil familial thérapeutique à temps partiel

Jean Tinguely est né en 1925 en Suisse.

Ce grand sculpteur est connu en France pour la fontaine Stravinsky (1983) réalisée à Beaubourg avec sa compagne Niki de Saint Phalle.

La reconnaissance internationale arrive à Jean Tinguely en 1960 avec « Hommage à New York », une manifestation où il séduit le monde culturel du Musée d'Art Moderne de New York en imposant une machine folle, belle et autodestructrice. Chargée de poudre noire, elle trépide de tous ses pistons et ses poulies, puis se consume et se suicide dans des gerbes d'étincelles, dans un spectacle qui dure 30 minutes.

En 1970, il débute la mise en œuvre du Cyclop à Milly-la-Forêt, sculpture promenade géante, réalisée en collaboration avec Bernhard Luginbulh, Niki de Saint Phalle, Daniel Spoerri et d'autres.

C'est un monument unique dans l'histoire de l'art contemporain. Jean Tinguely met plus de dix ans pour construire cet édifice énorme et secret, loin de la ville, en forêt de Fontainebleau.

Le Cyclop représente une tête de 23 mètres de haut, dotée d'un visage en façade et fermée sur le haut.

Les tempes et l'arrière du crâne sont ouverts à tous les vents. Ils laissent paraître les gros rouages grinçants et les enchevêtrements de poutrelles qui constituent le contenu de la tête géante.

Le haut de la tête, au lieu des cheveux, porte un bassin où une mince pellicule d'eau reflète le ciel, les nuages et les arbres environnants.

Le visage, doté d'un seul œil, est revêtu d'une peau faite d'une multitude d'éclats de miroirs. L'intérieur de la tête contient la machinerie en mouvement incessant. Des œuvres d'autres artistes (Arman, César, Spoerri et d'autres) sont logées là, au milieu des rouages, un peu étrangères à l'ensemble.

Sur un côté, une oreille géante semble ausculter la forêt.

De l'autre côté, un wagon ayant servi à la déportation est suspendu sur ses rails à 20 mètres du sol.

Entre le Cyclop et Hommage à New York, Tinguely a construit des dizaines, des centaines de machines moins importantes, toutes farfelues, toutes originales.

Faites de résidus de matériaux, elles sont embarquées et elles embarquent le spectateur dans un mouvement joyeux ou désespéré, toujours mêlé d'absurdité.

L'oeuvre de Tinguely est suffisamment riche pour stimuler toutes sortes de métaphores.

L'A.F.T. peut se voir comme une machine de Tinguely, avec ses rouages complexes qui articulent en grinçant l'enfant, la famille d'accueil, la famille de l'enfant et de multiples intervenants.

Les rapprochements entre les sculptures de Tinguely et l'A.F.T., la psychose ou avec toute situation un peu complexe sont plaisants mais assez faciles.

Plus intéressant est de porter sur l'A.F.T., le regard que le sculpteur portait sur ses machines:

« La machine, elle est pour moi de toute façon un instrument qui me permet d'être poétique. Si vous respectez la machine, si vous entrez dans le jeu de la machine, peut-être qu'on a une chance de faire une machine joyeuse, c'est à dire par joyeuse, je veux dire libre ; ce serait une possibilité merveilleuse »

Tipasa est une des enfants reçus en Accueil Familial Thérapeutique. Elle est âgée d'environ 10 ans. Elle est née en France. Ses parents sont immigrés d'Asie pour des raisons politiques..

Lorsqu'elle tend la main, l'air timide, à la demande de Mme Dubois, son assistante maternelle, celle-ci est ravie. « Vous voyez » dit-elle dans un grand sourire, enchantée de montrer que Tipasa obéit à sa demande de donner la main.

Tipasa est accueillie depuis quelques mois chez cette nouvelle famille. Les Dubois ont une maison située près du domicile de Tipasa ainsi que de son hôpital de jour. Tipasa dort chez les Dubois une nuit par semaine.

L'accueil de Tipasa se déroule en deux petites séquences hebdomadaires: une séquence de 24 heures et une séquence plus brève autour d'un repas. Le reste du temps, Tipasa est à l'hôpital de jour ou bien chez ses parents. Elle n'a pas la capacité de fréquenter l'école.

Après avoir salué de sa petite main molle, Tipasa se recule, le regard au sol, et appuie son dos à la cloison. . C'est un moment de transition. M. Loisy, l'éducateur de l'AFT, est allé chercher Tipasa chez elle. Il l'a accompagnée en voiture jusqu'au centre où l'attendait Mme Dubois. L'échange entre l'assistante maternelle et l'éducateur est assez animé mais Tipasa reste en retrait.

Plus tard, Mme Dubois entraîne Tipasa dans son sillage. Elle l'emmène chez elle pour la première séquence de la semaine. C'est un peu pour nous comme si nous restions sur le quai

Le service d'Accueil Familial Thérapeutique pour enfants de l'Hôpital Saint Jean de Dieu existe depuis 11 ans.

C'est une petite structure dotée actuellement de 4 familles d'accueil.

Sa capacité est de 8 enfants.

Longtemps, le service a fonctionné avec seulement une ou deux familles d'accueil.

L'équipe est constituée d'une assistante sociale à quart de temps, d'un éducateur à quart de temps, et d'un médecin à un dixième de temps. Le temps cumulé pour l'ensemble de l'équipe est de 0,60 temps plein.

L'A.F.T. intervient toujours en complément d'un soin en Hôpital de jour, en Centre Petite Enfance ou en C.M.P. Il n'est jamais utilisé comme seul dispositif de soin.

Les enfants sont tous accueillis à temps partiel.

La durée de séjour est en moyenne de 2 jours et deux nuits par semaine mais toutes les durées de séjour sont possibles de 1 à 5 nuits par semaine.

Les enfants ont entre 2 et 6 ans le plus souvent à l'entrée.

Leur symptomatologie est importante.

Il s'agit d'enfants psychotiques ou autistes ayant des rituels, des stéréotypies et des angoisses aiguës.

Il peut s'agir d'enfants ayant de gros retards du développement, avec retard de parole, trouble du sommeil, de l'alimentation, agitation, agressivité ou conduites dangereuses empêchant leur intégration complète en milieu scolaire.

L'indication d'A.F.T. succède souvent à une situation de crise familiale marquée par l'irruption de violence et un vécu de danger pour l'enfant ou pour l'un des parents.

Les contre-indications de l'A.F.T. sont les cas d'enfants victimes de sévices relevant du placement judiciaire. Dans les situations limite, qui sont fréquentes, la mise en place d'une A.E.M.O. est une condition indispensable à l'admission (aujourd'hui, c'est le cas de 4 enfants sur 6)

L'accueil des enfants se fait dans le cadre d'une séparation des espaces entre familles d'accueil et familles d'origine.

Une brève et unique visite du domicile de la famille d'accueil, en présence d'un membre de l'équipe, est organisée au début pour les parents.

Par la suite, les parents ne vont pas au domicile de la famille d'accueil, et inversement, l'assistante maternelle n'entre pas au domicile des parents.

Toutefois, en dehors des domiciles instaurés en sanctuaires de l'intimité, les rencontres entre les deux familles sont possibles et mêmes nécessaires pour opérer le passage de l'enfant d'une famille à l'autre.

Les passages ont lieu dans la mesure du possible au siège de l'A.F.T.

Les représentants des deux familles s'y rejoignent avec l'enfant. L'éducateur ou l'assistante sociale les y attende. Souvent, un frère, une sœur ou un enfant de la famille d'accueil est là aussi. Selon leur humeur et leur disponibilité, les uns jouent ou s'installent confortablement, les autres restent debout ou s'assoient sur le bord d'une chaise. Pendant 10, 15 minutes, la parole circule dans une sorte d'improvisation assez tranquille.

La fonction médiatrice de l'équipe est essentielle pour que ces moments se déroulent et se terminent bien.

« Grosse Méta Maxi-Maxi Utopia » est le nom d'une machine créée en 1987 par Jean Tinguely. C'est une sculpture promenade monumentale dont certains rouages ont jusqu'à 4 mètres de diamètre. Les visiteurs peuvent circuler, monter et descendre parmi les pièces en mouvement. Grosse Méta Maxi-Maxi Utopia est conçue en réaction à une maladie cardiaque dont le sculpteur a guéri malgré un long coma.

Dans une interview de la TV suisse Romande, il déclare :

« Je veux faire quelque chose de gai, quelque chose pour les enfants, qui grimpent, qui sautent, j'aimerais que cela devienne bien, impressionnant, joyeux, fou et style fête foraine [...]

Il y aura des entrées, plein d'entrées, de sorties et de passages, on peut venir d'en haut et d'en bas, on peut traverser, [...]

On s'en sert pour monter au premier étage par deux endroits, on s'en sert simplement pour grimper, pour rien faire, on s'en sert pour aller voir, on s'en sert pour vivre et je veux que, quand c'est très grand, qu'on voie des petites choses, par exemple je veux qu'à un endroit, il y ait une lunette, une longue vue avec laquelle on regarde en bas, là-bas, sur un tout petit jardin artificiel, style Bonsaï, mais avec de la flotte dedans, et peut-être une blague dedans de Spoerri. Et j'aimerais que, quand on est en bas, on voie à travers les grillages, on voie quelque chose, mais qu'est-ce que c'est ? Et on pense un moment imaginer quelque chose d'érotique, mais qu'est-ce que cette autre chose ? J'aimerais qu'on oublie le fait qu'on est dans une sculpture, je voudrais dans tout cela que l'on se marre, et que le spectateur voie l'autre que l'on croise dedans, et que c'est une question de circulation... »

Le moment du passage de l'enfant est un temps très investi et il occupe concrètement une part importante de l'activité.

Lorsque les familles amènent l'enfant, l'atmosphère est particulière, à la fois sérieuse, concentrée et joyeuse.

C'est un moment d'« animation » ressenti au sens plein du terme, un mouvement qui amène de la vie.

Pour l'enfant placé en A.F.T., les passages sont multiples. Ils se font d'une famille à l'autre, mais aussi de la famille au centre de jour, à la thérapie, au juge, à l'hôpital, à l'école, et inversement de l'école à la famille d'accueil, etc., etc.. avec de multiples enchevêtrements.

Ces passages sont un élément de vie qui s'oppose à l'immobilisme de certaines familles ou de certaines pathologies.

C'est dans ce sens que l'on peut interpréter le plaisir ostensible des enfants lors des trajets qu'ils font dans un sens ou dans l'autre, plaisir qui s'accompagne souvent de l'émergence d'une parole.

Ces temps de passage permettent la circulation des informations, des pensées et des affects autour de l'enfant.

Le rôle de l'équipe est déterminant pour limiter les effets de fragmentation, d'incohérence, de paradoxe associés à la pathologie personnelle et familiale de l'enfant.

Le cadre de l'A.F.T. s'est construit progressivement autour de plusieurs axes.

L'un d'eux est le travail de réflexion avec les familles d'accueil

Chaque assistante maternelle vient individuellement, à heures et jours fixes, au bureau de l'A.F.T., tous les quinze jours, pour parler de sa pratique avec l'assistante sociale et l'éducateur.

Ces entretiens constituent un repère important pour les familles d'accueil qui savent, en cas de problème, qu'elles pourront en parler rapidement.

Leurs essais, leurs trouvailles, leurs erreurs et surtout leur besoin de chercher seules leurs propres solutions y sont accueillis avec intérêt.

Jean Tinguely, dans une interview pour le film d'Adrien Maben, déclare à propos de son travail :

« J'ai besoin de mes hésitations. J'ai besoin de mes doutes, du va et vient, de faire quelque chose et ensuite de pas savoir si c'est bon. [...] Dans mon affolement, je suis mieux seul. On peut pas s'affoler à deux ou à trois. On peut plus s'affoler. Je veux dire je m'affole quand je travaille. Parfois, j'ai trois idées à la fois et je ne sais pas du tout comment les faire. Je dois essayer de commencer par un bout et je me coince souvent, je me bloque et je me trouve dans des impasses sans arrêt. »

L'équipe essaye d'éviter le dogmatisme et prend un réel plaisir à chercher avec l'assistante maternelle des hypothèses nouvelles en évitant les certitudes et les théories préconçues.

Dans la même interview, Tinguely déclare :

« Je ne suis pas un vrai artisan bien organisé avec un outillage en bon état. Chaque fois, j'improvise. Quand je veux souder, je m'aperçois que mon câble de soudure est déchiré, que mon matériel est relativement mal entretenu. Je ne suis pas soigneux envers les outils. Je n'aime pas les outils en fait. Ils sont juste un moyen. Ils ne sont pas plus. Ils ne sont pas dominants et je ne veux pas être dominé par l'outillage. »

La notion d'accord de l'enfant et de sa famille est importante pour le fonctionnement de l'Accueil Thérapeutique.

Cet accord est recherché et recueilli au cours des entretiens préparatoires.

Avant de débiter un accueil, l'enfant et sa famille sont reçus 5 ou 6 fois, d'abord seuls puis en présence de la famille d'accueil pressentie.

Pendant cette période, il est dit que l'accueil n'est obligatoire ni pour l'enfant ni pour ses parents. Chacun peut accepter ou refuser.

A chaque étape, l'accord de l'enfant est recherché :

« Es-tu d'accord pour rencontrer M. et Mme Untel ? »

« Es-tu d'accord pour aller visiter leur maison ? »

« Es-tu d'accord pour dormir une nuit ? » Etc..

Ces questions ont un caractère un peu formel lorsqu'elles s'adressent à un enfant qui a peu ou pas de langage.

La plupart des enfants réussissent néanmoins à communiquer leur accord même lorsqu'ils semblent ne pas avoir écouté la question, par exemple en enlevant le gros manteau qu'ils n'avaient pas quitté jusque là.

Dans une famille symbiotique, sous réserve que l'on s'adresse à lui en tant que personne, l'enfant est toujours fortement intéressé par la proposition d'un accueil.

Lorsque l'enfant exprime un refus, c'est un bon indicateur, non d'une opposition personnelle de l'enfant, mais d'une résistance familiale. Cette résistance peut être masquée par une adhésion de surface. Il est nécessaire de respecter le refus, d'attendre et de tenter d'en comprendre les causes.

La préparation d'un accueil peut durer des mois.

Au début, les rendez-vous sont souvent annulés et reportés par les parents.

C'est pour eux une façon de maîtriser le processus de séparation et de vérifier la solidité de l'équipe. Ils s'assurent aussi du respect porté à leur autorité parentale.

Il faut en général 2 ou 3 rendez-vous effectifs pour que des parents prennent confiance.

C'est lorsqu'ils sentent bien qu'aucune pression ne viendra de l'équipe qu'ils peuvent formuler leurs craintes. La plus fréquente, et la plus touchante, est celle que la famille d'accueil ne veuille pas de leur enfant parce qu'il est trop insupportable.

Le temps de préparation de l'accueil est un temps thérapeutique important.

Il mobilise fortement les représentations de l'enfant pour chaque membre de la famille et pour l'enfant lui-même.

Dés ce stade et peut-être plus qu'à d'autres, ces représentations peuvent changer et permettre des progrès pour l'enfant.

L'accueil est toujours séquentiel.

La durée des séquences est discutée avec l'enfant et ses parents.

Une limite inférieure est indiquée à la famille : l'accueil comprend au moins une journée et une nuit.

Outre l'indication d'une durée minimale, l'importance de la nuit est soulignée.

Elle introduit un coin plus puissant qu'une séparation de jour dans une famille trop symbiotique. Elle permet aussi à l'enfant d'entrer dans la symbiose nocturne de la famille d'accueil et de s'y inscrire plus intimement.

L'accueil a aussi une limite maximale : l'accueil comprend au plus cinq nuits par semaine.

Le besoin des assistantes maternelles et de leur famille est pris en compte. La plupart expriment le souhait de retrouver une certaine intimité les week-ends.

La notion d'un repos hebdomadaire pour la famille d'accueil est également intéressante vis à vis des parents et de l'enfant qui voient ainsi marqué le caractère « professionnel » de l'engagement de la famille d'accueil.

Enfin, certains parents tendent à expulser leurs problèmes sur leur enfant et à « oublier » ce dernier chez la famille d'accueil. Ce mode opératoire est bloqué par la limitation de l'accueil à 5 jours consécutifs.

Il arrive toutefois de demander exceptionnellement à une famille d'accueil de garder un enfant plus longtemps (pas plus de 15 jours) Il arrive aussi de devoir chercher ailleurs un accueil complémentaire à celui de la famille d'accueil.

Cette pratique d'un A.F.T. Temps Partiel est peu décrite dans la littérature.

Violaine VIGNA, du 5^e secteur de l'Essonne, décrit brièvement un fonctionnement assez proche mais uniquement réservé aux enfants psychotiques ou autistes.

Myriam DAVID, Daniel GORANS , Maurice Berger n'ont pas, semble-t-il, publié de travaux sur la question du temps partiel.

En toute logique, le Temps Partiel induit une différence importante dans la dynamique de l'accueil.

Cela tient d'une part au contact largement maintenu de l'enfant avec sa propre famille, d'autre part à l'habitude également maintenue de la famille d'accueil de vivre en dehors de la présence de l'enfant accueilli.

Cette différence s'apprécie à propos des conflits de loyauté de l'enfant et de la rivalité entre les familles.

De fait, il apparaît que les conflits de loyauté et les problèmes de rivalité sont restreints dans l'expérience actuelle de l'A.F.T. Temps Partiel.

L'expérience assez faible en nombre d'enfants et en recul dans le temps incite à une grande prudence face à cette constatation.

Relativement au travaux de Myriam David et de son école, tout se passe comme si le temps idyllique, puis le temps de la désillusion, si clairement observés et décrits par cet auteur, étaient considérablement atténués dans l'accueil séquentiel.

En contrepartie, il se peut que les progrès de l'enfant soient moins rapides et moins importants que lors d'un accueil continu. Ils n'en sont pas néanmoins négligeables.

Une différence d'un autre ordre tient dans les indications, puisque l'accueil à temps partiel, outre les indications analogues à celles que Myriam David nomme Mal de Placement, autorise les indications d'accueil d'enfants très malades difficiles à accueillir en continu.

Nous avons choisi de décrire deux cas.

Le premier est celui d'un enfant autiste. Il correspond à une des indications spécifiques de l'A.F.T. Temps Partiel.

Nous montrons à son sujet nos doutes et nos difficultés.

Le second cas est celui d'un enfant dysharmonique. Sa problématique familiale correspond à ce que Myriam DAVID appelle le Mal de Placement. Cet enfant aurait pu aussi bien être accueilli dans une famille à temps plein.

LE CAS DE TIPASA

L'histoire thérapeutique de Tipasa commence quand elle a l'âge de 3 ans.

Tipasa ne parle pas, n'est pas propre, et se retire de longs moments dans son monde, indifférente aux autres. Sa petite sœur âgée de quelques mois a un gros retard de développement. Le service de P.M.I. et l'école insistent pour que les parents aillent consulter. Rapidement, une psychose grave est évidente. Le médecin du CMP évoque l'Hôpital de Jour. L'autisme est évoqué.

Les parents, effrayés, ne donnent plus de nouvelles pendant six mois.

Ils essayent même de quitter le quartier.

Un jour, un signalement est déclenché par des voisins. Ceux-ci observent, à plusieurs reprises, Tipasa et sa petite sœur, sans surveillance et en danger, au balcon du 9^{ème} étage.

Le juge intervient.

Les deux enfants sont retirées et placées 3 mois en Cité d'accueil.

Pendant ce séjour, l'autisme de Tipasa affole le pédiatre et les éducateurs. Ils estiment qu'elle ne relève pas de leur compétence pas plus que de celles de leurs familles d'accueil.

De leur côté, les parents se mobilisent. Ils se rendent à tous les rendez-vous. Ils installent une grille de protection sur leur balcon.

Un éducateur d'AEMO est nommé.

Les enfants sont restituées à la condition qu'un soin soit engagé.

C'est ainsi que les parents reprennent contact avec le médecin de l'hôpital de jour.

Alarmé par la situation familiale et l'état de Tipasa, le médecin du Centre de Jour estime qu'une hospitalisation de jour sera insuffisante. Il insiste sur l'indisponibilité maternelle.

Il demande un temps d'Accueil Familial pour éviter une sorte d'hospitalisme à domicile et établir autour de Tipasa un environnement structuré.

Il espère qu'elle pourra y expérimenter les éventuels acquis du centre de jour.

L'éducatrice chargée de l'A.E.M.O. soutient ce projet.

Le premier rendez-vous à l'A.F.T. a lieu quelques temps après.

Les deux parents sont là.

Tipasa déambule dans la pièce, tantôt se collant à la fenêtre, tantôt escaladant les chaises.

Sa mère pose par poignées sur la table de petits bonbons que Tipasa vient chercher et suçote en se tapant les dents du bout des ongles.

Son père s'inquiète surtout de savoir s'il existe un médicament pour l'autisme. Il pense qu'il en existe aux U.S.A. et qu'on les lui refuse ici.

Tipasa frappe bruyamment et longuement sur une armoire métallique. Dans le bruit envahissant, les tentatives de dialogue paraissent vaines jusqu'à ce que le souvenir du placement récent de Tipasa et de sa sœur à la Cité de l'Enfance revienne. L'assistante sociale dit quelque chose du genre: « ça tape dans la tête comme quand Tipasa et sa sœur étaient à la Cité »

Le bruit cesse. Ce mince fil conducteur nous réunit un moment.

A la fin du rendez-vous, l'équipe est perplexe.

Les notions d'accord de l'enfant et de ses parents sont caduques. Tipasa est trop malade pour signifier un accord ou un refus. Ses parents ne sont plus en position de choisir du fait de la pression du juge. La famille d'accueil risque d'être débordée.

Toutefois, même si nous ne l'avons jamais fait, cette demande est conforme à notre mission qui prévoit l'accueil des enfants des Hôpitaux de Jour.

Pour aider nos collègues et par goût de l'expérimentation, l'accueil de Tipasa commence.

Un accueil a lieu pendant 4 ans chez Mme Théron, l'assistante maternelle la plus expérimentée de l'AFT et dure jusqu'à son départ en retraite.

Il se déroule en deux petites séquences hebdomadaires d'une journée et de quelques heures autour d'un repas.

Les 6 premiers mois amènent des satisfactions. Mme Théron trouve que Tipasa fait des progrès. Elle mange bien, se tient bien à table. Elle est propre.

Les mois passent puis les années. Petit à petit, l'élan de l'assistante maternelle envers Tipasa se ralentit. Mme Théron dit qu'elle n'y arrive pas. Elle trouve que Tipasa avance et recule en même temps. Vers la fin de ce premier accueil, alors que la retraite approche, Mme Théron parle moins facilement de Tipasa.

Quand elle y est poussée, elle dit les difficultés : le pipi est revenu ; parfois Tipasa fait mine de lever la main sur elle. Mais Mme Théron aime mieux parler des 2 autres enfants qu'elle accueille.

Du côté de Tipasa, ces quatre années chez Mme Théron amènent peu de changement.

Son autisme n'évolue pas. Sa famille non plus. Au contraire, sa petite sœur développe à son tour une psychose grave. Les entretiens avec la famille ne sont pas satisfaisants. Les relations de partenariat sont peu fructueuses.

Cette expérience est amère pour l'équipe. Une sorte de mouvement mélancolique effleure. Tout se passe comme si petit à petit, l'autisme et ses forces d'inertie avaient gagné du terrain.

LE CAS DE DANIEL

L'histoire thérapeutique de Daniel débute pratiquement à sa naissance.

Sa mère, Mme Diki est perdue avec ce deuxième enfant qu'elle n'assume pas plus que le premier. Les pères sont partis bien avant les naissances et elle ne peut trouver refuge dans sa propre famille. Elle-même n'a pas connu son père et a passé quelques années à la D.A.S.S. Elle est fâchée avec sa mère. Son frère a des problèmes avec la justice.

Après la naissance de Daniel, Mme Diki multiplie les dettes. Plusieurs tentatives de suicide et des épisodes délirants la conduisent à l'hôpital. Son psychiatre se fait plus de souci qu'elle du sort des deux enfants confiés à de vagues connaissances au fil des opportunités. Il fait un signalement pour obtenir le retrait des enfants. Il ne l'obtient pas.

Daniel est pris en charge dans un C.M.P. Mme Diki investit bien le médecin mais aucun soin ne peut s'établir car elle multiplie les absences. Daniel développe une insomnie sévère et des conduites agressives. Il griffe des enfants au visage. Il défenestre un petit chat. Les amis de Mme Diki n'acceptent plus de le garder. L'école n'en veut plus.

Daniel a 3 ans lorsque l'éducateur d'A.E.M.O. vient nous en parler. La mère vit avec un nouveau compagnon et elle est enceinte. Elle est épuisée. Daniel se fait mal sans arrêt. Il a des points de suture. Il impressionne par sa violence et l'éducateur explore toutes les possibilités. Il se demande si une assistante maternelle le supporterait.

Lors de la première rencontre à l'A.F.T., Mme Diki se plaint en ces termes : « Il balance tout, il casse tout ; chez la voisine, il fait que des conneries ; il nous étouffe ; on pourra rien faire ; je voudrais pas que tout se détruise à cause de Daniel. »

Daniel s'exclame d'entrée : « la merde ! »

L'accueil de Daniel commence au début de l'année 1997. Il a 4 ans.

La séquence initiale est de deux nuits par semaine.

Au lieu de se calmer, le processus de rejet de Daniel semble s'accélérer. Sa mère le décrit intenable, agressif voire dangereux avec son demi frère âgé de quelques mois. A plusieurs reprises, elle nous met en alerte en décrivant les coups qu'elle et son ami sont amenés à donner à Daniel.

Une agression de la part de Daniel par griffure au visage sans motif apparent sur un autre enfant déclenche une hospitalisation.

A la sortie de l'hôpital, en Mai 97, l'accueil est augmenté d'une nuit.

Cela ne suffit pas. Quelques mois après, Daniel reçoit une cassette vidéo sur le front. Il doit être suturé. Mme Diky explique qu'à la maison, c'est la guerre. Son compagnon ne supporte plus Daniel. Daniel réclame sa famille d'accueil et est sage partout sauf avec elle.