

L'AFT : Un soin "Maison" à l'ambiguïté créatrice

Evelyne Grange-Ségéral

Maître de Conférence en Psychologie et psychopathologie clinique. CRPPC, Université Lyon 2
Vice présidente de la Société Française de Thérapie Familiale Psychanalytique (SFTFP)

Argument

L'accueil familial thérapeutique ou AFT est par essence dépendant d'une indication de soin avec laquelle il doit constamment s'articuler.

Placé à l'interface entre les milieux officiels du soin, les assistants familiaux et d'une certaine manière les familles des enfants accueillis, il a pour tâche d'articuler les données matérielles et psychiques en provenance des différents partenaires et de soutenir également sa propre inscription identitaire. L'ambiguïté de son ou ses dispositifs entre le soin et le médico-social, entre le thérapeutique et l'éducatif, loin d'être l'obstacle qu'elle peut représenter dans une première appréhension révèle en fait des potentialités de mise en travail des vacillements identitaires des enfants accueillis, de leur famille et des professionnels en présence.

Un axe de réflexion pour penser ces collaborations, sera proposé.

I- INTRODUCTION : DE L'HOPITAL A LA « MAISON »

J'ai fréquenté quelque temps les intervenants du RAFT : encadrement et assistants familiaux et de ces rencontres me sont venues quelques réflexions à partager. Je dois souligner tout d'abord que j'ai été assez touchée par ces rencontres, et par les retrouvailles avec des principes et des interrogations qui ont été les miens durant le temps de mon travail de psychologue en psychiatrie. Durant ces années de pratique en psychiatrie, j'avais coutume de dire que mon intention n'était pas de « soigner » mais seulement d'essayer de rencontrer ceux qui semblent n'avoir pu trouver une rencontre ajustée avec l'environnement de manière à vivre et se développer avec leurs moyens propres. Rater sa rencontre avec le monde lors des premières années de vie, parce que l'on est trop différent et parce que l'environnement qui nous accueille est effondré devant cette différence, peu disponible, voire hostile, n'est pas sans conséquence sur l'avenir. Ces ratages de la rencontre risquent de se répéter à l'infini, dans une exclusion progressive de la communauté humaine ordinaire qui ne reconnaît et n'identifie plus l'être différent comme l'un des siens, ne peut plus le soutenir et l'intégrer en dehors de lieux dits « spécialisés ». La question globale que pose la grande différence est celle

de l'identité humaine : tous ces handicapés, malades mentaux, aux pathologies diverses, sont-ils encore nos frères et sous quelles conditions ? Les hôpitaux psychiatriques conçus pour accueillir les formes d'inadaptation sociales dues à la maladie mentale ont développé des approches, une écoute, une compréhension et une communication spécifiques avec ces différentes formes de l'inadaptation. Ils ont professionnalisé et transmis ces méthodes. Cependant, si la professionnalisation s'accorde avec la performance et la rigueur, elle peut aussi souffrir d'une accoutumance technique laissant une moindre place à l'innovation créative, surtout si la réserve en temps de personnel et les moyens financiers diminuent. La fréquentation quotidienne, à longueur d'années et en grande quantité, de fonctionnements psychiques perturbés et perturbants, use et « intoxique », voire contamine le professionnel, s'il ne trouve plus d'espace pour penser cette usure et renouveler son énergie. Les conditions de travail de plus en plus précaires, au lieu de le soutenir, mettent paradoxalement le soignant dans l'inconfort et la souffrance, sans tenir compte que c'est bien lui qui endosse et assume la préoccupation que la société n'est plus en mesure d'exercer. Dans ce contexte, prennent place les demandes de relais des services de psychiatrie à l'égard de l'AFT, qui représente à ce moment-là, une sorte de « troupe fraîche », disponible et ouverte. Des assistants familiaux, désireux de faire une place dans leur maison, à un enfant « pas comme les autres » et de travailler, innover, créer et éduquer, comme ils et elles le disent, avec ces enfants difficiles, voire impossibles à supporter un peu partout.

Autour et avec ces assistants familiaux : un soutien, une protection que procure l'encadrement : des temps pour la formation, les supervisions et les synthèses, sans compter les temps informels et les appels téléphoniques. Ce choix de faire accueillir des enfants qui ont parfois usé leur famille, les processus de soin, le milieu scolaire, par des personnes concernées, mais sans qualification « estampillée » du moins au départ, constitue un pari. Ce pari ne peut être tenu sans dispositions particulières qui, sans elles, relèverait de l'utopie. En effet, la qualification est une vraie préoccupation, mais elle va se gagner « sur le tas », par l'expérience et la réflexion sur les trouvailles nées de l'expérience. L'importance accordée à la formation, à l'évolution personnelle et groupale, à l'élaboration du vécu en situation d'accueil, constitue le pari de l'AFT en dispositif de transformation potentielle des accueillants, en même temps que des accueillis. Peu de savoir professionnel préalable, mais plutôt une disposition à l'espoir et l'empathie, une volonté d'engagement et de dépassement, une curiosité et des compétences naturelles, me paraissent caractériser le profil de l'assistant(e) familial, au-delà de la diversité des personnes. La réflexion et le partage en

groupe permettent une progression singulière et collective avec des moments d'impasse, de découragement, de souffrance ou de jubilation. Ce dispositif m'est apparu vivant et évolutif, un peu comme s'il recréait, en reprise, le moment de l'arrivée du nouveau-né dans toute famille : l'entourage régresse, se met à l'unisson, essaie de décoder, d'interpréter les malaises de l'enfant qui ne parle pas encore et grandit avec lui en s'adaptant à ses possibilités de communication, mais en anticipant aussi sa croissance.

2- QUESTIONS POSEES PAR L'AMBIGUITE DU DISPOSITIF AFT

Regardons d'un peu plus près ce dispositif que l'on peut qualifier « de groupe », bien que l'idée pour chaque enfant accueilli, soit celle d'une relation duelle et séquentielle en milieu familial. Ce dispositif est en articulation avec les autres groupes que sont les familles des enfants et les services de psychiatrie partenaires, il est donc bien en réseau, au sens d'acteur et partenaire d'un retissage de liens. Retenons, en passant, que les synonymes du mot « réseau » s'étendent des termes de confusion, complication, enchevêtrement, labyrinthe à ceux de canalisation et d'organisation.

Johan Jung fait remarquer que le dispositif de l'AFT est traversé par des questions identitaires qui mettent en travail l'identité professionnelle de l'assistant, ce qui n'est pas sans conséquence sur celle des enfants accueillis. Et réciproquement ! car les enfants et adolescents accueillis, souffrent majoritairement de troubles identitaires questionnant et l'identité personnelle et l'appartenance culturelle. Si on laisse de côté la sécurité et l'apaisement provisoires que procure le classement diagnostique (cet outil est généralement absent du bagage préalable des assistants familiaux), dans quels termes ces enfants vont-ils être définis ? Pour un profane, leurs comportements demeurent énigmatiques : sont-ils des malades ? des handicapés et que renvoient ces appellations différentes ? faut-il les éduquer, les comprendre ou bien les rencontrer dans des expériences inédites ? Quels risques physiques et psychiques sont à craindre dans cette rencontre qui effraie et décourage la plupart des gens ordinaires ? Certains de ces comportements se situent à la limite du représentable et peut être de l'humain, si l'on considère les enfants les plus régressés ou les plus violents, aussi, qui faudrait-il être et comment être, pour supporter ce qui ne se supporte pas ailleurs ? En ce qui concerne le partage du souci de l'enfant avec les autres groupes (familles et services de psychiatrie), quelle place accorder à chacun des partenaires engagés dans ce dispositif d'ensemble en réseau et quelles images, sans doute variables au fil du temps, se faire de l'action et de l'identité des autres partenaires ? Voilà un ensemble de questions qui me

paraissent sous-jacentes à tout dispositif novateur, coexistant avec des modèles traditionnels d'accueil de la maladie et de l'inadaptation sociale.

Cette identification des autres partenaires et les projections psychiques effectuées sur chacun par les uns et les autres, au fil des événements et de l'évolution, ouvrent un espace de travail et de questions qui ne sont pas toujours abordables, ni abordées dès le début de la coopération, mais laissent l'ensemble dans une ambiguïté provisoire ou durable, nécessaire, nous le verrons. Cette ambiguïté est présente d'emblée dans la formule utilisée pour définir le dispositif qui offrirait « un soin fait par des non-soignants », à partir de « dispositions naturelles », mais qui laisse sans définition précise l'acte de soigner, tout en préservant l'identité professionnelle des soignants officiels.

A- Un lieu ambigu de questionnement et de tension identitaire activé par le réseau et les accueillis

Le RAFT met en présence, en réseau, en collaboration et en conflictualité potentielle, différents partenaires : l'encadrement professionnel, l'enfant ou l'adolescent en souffrance, une institution de soin en perte d'efficacité ordinaire, la famille de l'enfant et une famille d'accueil, en la personne de l'assistant familial thérapeutique. Cet ensemble constitue une sorte de micro-société qui, à l'image de toute société, produit des normes et des attentes, du conformisme et de la déviance. Les différentes attentes des partenaires ne sont pas toujours bien définies, ni vraiment définissables d'emblée, exceptées les plus pratiques et les plus concrètes. Il apparaît que sur l'A.F.T., portent au final des attentes, des espoirs, et des enjeux variés importants. Il doit en effet trouver la pertinence de son action, « à côté » et en complémentarité avec un service officiel de soin et une famille. L'évolution des transferts et des processus de différenciation va parfois se manifester dans des actes ou des fantasmes manifestant des choix, des préférences, des rejets et une mise en rivalité des différents partenaires, par la famille ou les enfants. L'AFT peut ainsi, malgré lui, se retrouver placé en « contre », en obstacle, en rival et non plus en complément de ses partenaires, si ce n'est même, se sentir seul à tout porter dans un vécu d'abandon. Comme tout dispositif en réseau, celui-ci offre 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 et tout d'abord la confusion entre moi et l'autre, tenue en silence, dans l'ambiguïté initiale de la mise en place de l'accueil. Ainsi, ce réseau partenarial va-t-il

devenir le réceptacle des aléas des formes de lien familiaux accueillis. En effet, dans la plupart des organisations familiales souffrantes, l'enfant lourdement handicapé produit une entrave dans les processus de différenciation entre sa famille et lui. Le vécu de symbiose parents-enfants, si nécessaire au moment de la naissance, va perdurer au-delà de ce temps privilégié et se manifester par une surprotection familiale entravant l'autonomie qui est assimilée dans ce contexte, à une détresse mortelle. Les difficultés de séparation viendront traduire cette détresse par l'intrusion, les maladresses ou l'agressivité familiale, mais pourront aussi trouver des expressions paradoxales dans la rupture ou l'abandon, car pour ces familles, « vivre ensemble les tue, et se séparer est mortel » (CAILLOT J.P., DECHERF G., 1989)¹.

La souffrance de ces problématiques de séparation entre les familles et les enfants va trouver un espace de représentation, de scénarisation dans la dynamique même des coopérations entre partenaires du réseau. Les différents espaces partenaires du réseau, vont devenir les amplificateurs et les hauts parleurs de ces mouvements d'autonomisation ou de lutte contre l'autonomisation lorsque l'autonomie est colorée d'une dimension mortifère c'est-à-dire lorsque se séparer apparaît comme mortel. Ces partenaires vont y jouer aussi leurs propres engagements narcissiques et leurs appartenances, leurs affiliations théorique et pratique, leurs différences et leurs spécificités. Ils vont ainsi « dramatiser » en décor naturel (au sens de mise en scène psychodramatique), les processus de différenciation familiaux qui, à défaut d'être pris en compte et travaillés comme tels, risquent de disparaître sous une mise en rivalité réelle des partenaires en présence. Ainsi, la coopération, relativement frappée d'évidence au début, peut devenir potentiellement conflictuelle et demande à être traitée avec tact, car les assistants familiaux ne sont pas les seuls à travailler leur identité au contact de ces situations familiales en grande difficulté. L'ensemble des partenaires du réseau travaille et remet sur le métier, ses croyances, son savoir, ses techniques à chaque situation rencontrée, constituant une sorte de capital d'expériences accumulées. C'est pourquoi les coopérations qui se passent bien, tout comme celles qui laissent un goût « d'inachevé », devraient être explorées dans un temps second, afin de mettre en travail les postures différentes et originales de chacun des partenaires et la pertinence du cadre global. Les conflits et les différends entre structures partenaires surviennent lorsque la définition de soi, et de soi dans un groupe, référée à des investissements narcissiques profonds, est questionnée, voire ébranlée, au cours de la coopération nécessairement affectée par les mouvements d'investissement et de désinvestissement des familles. L'ambiguïté est ainsi mise au travail de même que seront

¹ CAILLOT J.-P., DECHERF G. (1989) : *Psychanalyse du couple et de la famille*, Paris, A.PSY.G. Editions, coll. "Le Corps Commun", 180 p.

interrogées les alliances qui ont été contractées au tout début de la prise-en-charge globale parfois dans un surinvestissement anxieux provenant du sentiment d'avoir à tenir « à tout prix ». Pour que le questionnement de la différence entre les partenaires, entre les familles d'accueil thérapeutique et naturelle, entre l'enfant et sa famille ne soit pas assimilé à une procédure de discrimination et propice à des conflits larvés, il convient de le considérer comme un processus de croissance impliquant nécessairement, non pas des conflits, mais une certaine conflictualité, elle-même source d'une curiosité renouvelée. Renoncer à assigner l'autre à une place sans qu'il n'ait son mot à dire, suppose une importante sécurité collective et une confiance qui peuvent être assurées par une réflexion collective sur les expériences accumulées. Cette réflexion contribue à donner de la consistance au cadre global de la coopération malgré la diversité des situations rencontrées. Travailler à la différenciation, à sa différence et celle des autres, en famille ou dans un groupe, provoque des vécus divers : celui qui s'autonomise fait naître des sentiments d'abandon pour les autres, d'envie, de rivalité. Celui qui réussit également, car à l'occasion de cette réussite, certains peuvent se sentir idéalisés ou dépréciés tour à tour, au gré des mouvements d'investissement des familles et des enfants, l'ensemble de ces vécus entrant en écho et en résonance avec l'inachèvement du développement des processus de symbolisation dû à la maladie psychique accueillie.

B- De l'ambiguïté à la différenciation progressive des partenaires du réseau

Le contact avec des développements immatures et avec des mécanismes d'expression brutaux et peu socialisés, contamine et désorganise les familles des enfants, mais aussi les ensembles qui les accueillent. Il n'est d'ailleurs pas rare de se sentir adopter des postures proches de ce qu'on veut justement soigner, de se sentir devenir violent, en rupture, déprimé, disqualifié, mauvais. Ces sentiments sont certes les nôtres, mais ont à voir avec l'effort que nous faisons pour comprendre, pour nous identifier, nous mettre en pensée, parfois en actes, à la place de celui et de ceux que nous voulons aider. C'est ainsi que nous héritons des processus de différenciation en souffrance et que ceux-ci vont résonner et prendre appui sur les nôtres dans un hébergement pour les en débarrasser d'abord et pour les transformer ensuite. C'est pourquoi, loin de penser que les différents groupes partenaires conçus pour collaborer vont demeurer « complémentaires » tout au long de l'accueil, comme le soutiennent les pratiques et les discours, il serait sans doute préférable d'envisager ce réseau comme lieu de traitement de la conflictualité inhérente à toute croissance humaine. Cette conflictualité va se développer à partir d'une situation d'ambiguïté appelée à se clarifier et se transformer.

III- L'AMBIGUÏTE PROTECTRICE INITIALE

On peut définir l'ambiguïté comme un état psychique dans lequel est prioritaire le compromis avec les autres et avec le contexte environnant. L'ambiguïté est d'emblée présente en raison de l'état des enfants et des adolescents accueillis, car certains se trouvent si éloignés des modes de communication ordinaires, qu'ils nous interrogent sur leur statut d'humains, d'handicapés ou de malades. L'ambiguïté se retrouve aussi dans la représentation du lieu d'accueil qui est une simple maison habitée, dans laquelle vit une famille, qui « accueille » (terme ambigu, de plus en plus répandu), qui « soigne », et dont on peut se demander naïvement ce qu'elle fait de plus ou de différent de ce que font l'hôpital, l'école et la famille.

Toutes ces questions ne seront pas forcément abordées lorsque surviendra la nécessité d'introduire un changement au cours d'un soin hospitalier ressenti en impasse. Elles seront souvent laissées en latence parce que les vécus d'urgence l'emportent et qu'il faut accorder une aide et une solidarité à des soignants et des familles dans des situations poignantes. Il me semble que la nécessité de l'introduction d'un changement (par un accueil en AFP), est souvent avancée avec l'idée de préparer un enfant et sa famille à une expérience douce de la séparation, tout en soulageant un service hospitalier se ressentant à bout de ressources concrètes ou psychiques. La demande adressée à l'Accueil Familial Thérapeutique évoque la pratique des séjours de rupture utilisés dans le soin aux adolescents délinquants, séjours desquels sont attendues des expériences nouvelles et transformatrices par opposition à un quotidien saturé en épuisement, en angoisse, en absence de perspective. Sous la pression de ce sentiment d'impasse, ces demandes semblent être celles de « faire quelque chose » plutôt que de « penser quelque chose ». Dans le dispositif d'accueil familial que j'ai rencontré à Lyon, la pensée est toutefois mise à contribution par l'intermédiaire du « travail de l'indication ». Dans ce temps d'échanges, le service de psychiatrie qui soigne l'enfant trouve un interlocuteur auprès duquel déposer une plainte et une attente qui demande à être contenues, autant ou avant, que d'être interrogées. C'est ainsi dire que, cette indication va être dans de nombreux cas, lourdement chargée de la « négativité » (au sens photographique du terme), c'est-à-dire de ce qui n'a pu trouver à se transformer, à se développer dans le soin antérieur. Du fait du lien « familial » entre l'AFT d'essence psychiatrique et les services de soins psychiatriques demandeurs, le travail de l'indication apparaît comme une demande d'aide sous forme de prescription ambiguë : « je prescris qu'un autre doit m'aider ». Cette demande d'aide sous forme de prescription vient dire de manière détournée le sentiment d'insuffisance actuelle qu'éprouve l'équipe de psychiatrie. Cette dernière est conduite à espérer une

amélioration grâce au concours de familles d'accueil, au départ sans qualification spéciale si ce n'est leurs propres ressources et leurs potentialités. Ainsi, la position d'ambiguïté permet de concilier pendant un temps variable ou durable toutes ces différences et de ne pas les activer car, il est facile d'imaginer que si ces différences étaient activées trop tôt, le lien s'établirait mal ou de manière trop fragile.

A- Le compromis au service du lien

Parce qu'il occasionne une rencontre, le temps de l'indication d'AFT va être un premier espace de travail et de partage, de tensions aussi à propos des difficultés rencontrées par le lieu de soin, de ses attentes, de celle de la famille ou des besoins de l'enfant. Il me semble, que c'est aussi le moment privilégié pour « faire ou ne pas faire » lien. Faire lien consiste à se mettre d'accord inconsciemment sur le fait qu'on n'interrogera pas trop le soubassement de ce lien, qu'on restera dans une certaine ambiguïté. Par exemple, en réduisant les dissonances, les contradictions, en prêtant peu attention à ce qui pourrait être source de conflit ou demande confuse, c'est-à-dire en pratiquant le compromis, qui n'est pas toujours une des formes de la transitionnalité, mais qui, en tout cas est au service du lien « à tout prix »

L'équipe encadrante de l'AFT est d'essence psychiatrique : elle s'est différenciée, spécialisée, partiellement autonomisée d'avec les modèles traditionnels, mais garde des alliances et sans doute une fidélité : c'est un peu une histoire de famille dans laquelle peuvent résonner les histoires des familles.

Cette « familiarité » a pour effet de créer un lien immédiat, dans une relative urgence, et sous la pression des angoisses en provenance des situations familiales, de la souffrance des enfants, de la souffrance des équipes en contact. Ce lien peut s'établir dans une mise en symbiose, une mise à l'unisson et pas forcément sur des arguments rationnels. C'est l'évolution de l'accueil, des attentes des différents partenaires, des divergences dans la suite à donner et parfois, les ruptures de soin, qui révélerait toutes les ambiguïtés contenues dans les premiers accords. Car cet accueil se révèle être un processus, une aventure encadrée mais ouvrant à l'inconnu, à l'inadvenu, à la surprise bonne ou mauvaise. On peut penser que c'est d'ailleurs ce qui lui confère une de ses dimensions thérapeutiques, jusque dans sa construction progressive.

B- Conclusions

La construction progressive de l'identité de l'AFT et de celle des assistants familiaux qui peut en faire apparaître la fragilité, constitue un attracteur des troubles identitaires et des fragilités

des accueillis et des familles. (Ces troubles identitaires se manifestent par des difficultés d'ajustement dans les demandes, une utilisation parfois confuse des différents espaces par les familles, voire par l'un des partenaires). En effet, une organisation très instituée, dont les procédures sont solidement fixées, offre une moindre malléabilité dans les processus d'accueil et requiert de la part des familles et des enfants une plus grande adaptation que lorsque l'accueil se constitue comme une co-création. En ce sens l'axe de développement de l'AFT semble se situer du côté de l'instituant processuel plutôt que de l'institué, surtout si l'on considère le travail de l'indication et le travail de l'évolution des postures des assistants qui changent au fur et à mesure des expériences d'accueil. Cette compétence à l'évolution devrait être la propriété de tout espace soignant : pouvoir se modifier au rythme de ses expériences, avec l'attendu que chaque rencontre importante ne nous laisse jamais identiques et nous en apprend beaucoup sur soi et sur les autres, au-delà de toute technicité professionnelle. Pouvoir offrir des modèles de changements et d'évolution non catastrophiques participe aussi de l'action thérapeutique, si l'on considère que nous travaillons à la fois pour nous mêmes mais aussi en tant que porteurs des problématiques familiales que nous nous accueillons.

Le montage partenarial qui est celui de l'AFT avec ses différents temps de rencontre, de synthèses, de formation et de supervision clinique, travaille la question des limites et de la définition de soi dans des changements qui se voudraient non catastrophiques. Loin de constituer un obstacle, ce travail processuel de la définition de soi et du « nous groupés ou institutionnalisés », (qui fait quoi ? qui est soignant ? jusqu'où peut-on aller dans ce qu'on fait ? qui prend les décisions ?) m'apparaît non seulement inévitable, mais fécond quand bien même il serait source de malaise. Il correspond dans le fond, à ce qui se produit dans tout parcours humain, au hasard des rencontres naturelles ou provoquées et ce qu'elles viennent interroger et modifier en nous au travers d'expériences et d'apprentissages, d'affiliations, de séparations et de retrouvailles. Si elles sont travaillées, élaborées, ces expériences nous permettent d'« habiter au plus près de chez soi ». Il s'agit d'une formule que je dois au lapsus d'un psychologue en formation qui demandait évidemment à un autre collègue s'il travaillait près de chez lui. Pouvoir se retrouver en soi, au plus près de soi, est un processus et n'est pas forcément donné à tout le monde. Les enfants accueillis en AFT souffrent de cette absence de chez soi ou d'un enfermement dans un soi précaire et inhospitalier. On peut penser que leur rencontre avec l'environnement s'est produite dans des conditions particulières qui en ont fait des « étranges étrangers ». L'identification sociale et parfois familiale ne va pas de soi et un nouvel environnement, chargé de retravailler ces identifications premières, se met en place à

travers le dispositif de l'AFT. « On ne reconnaît pas toujours l'enfant dans les dires des équipes de psychiatrie ou bien dans ceux de la famille » soulignent les Assistants Familiaux. Aussi, que faire de ces visions différentes, comment les penser, sans s'affronter ni se sentir disqualifié ? comment ne pas être tenté de se mettre d'accord sur le dos de quelqu'un ? C'est ici que l'ambiguïté opère à la manière d'un mécanisme de défense protecteur en développant une position d'acceptation acritique et a-conflictuelle de la réalité extérieure qui, en même temps, n'est pas niée ni démentie. Dans la dynamique des relations, la qualité élastique et oscillatoire de l'ambiguïté lui permet, selon R. Kaës (1993), de fonctionner comme un tissu malléable qui remplit l'espace interpersonnel en exerçant diverses fonctions. L'ambiguïté permet ainsi de confondre et de ne pas séparer ce qui appartient à un sujet ou à un autre dans un lien intersubjectif, et de constituer de cette manière, un « champ narcissique » de fond, de sentiments d'appartenance et de sécurité. Sortir de l'ambiguïté sans dommages suppose des processus de discrimination entre l'interne et l'externe, la douleur et la satisfaction, le chaud et le froid sur le plan de la sensorialité, et de travailler aux différences dans une conflictualité tempérée. Un assistant familial interrogé par son boulanger sur la présence parmi sa progéniture d'un enfant différent, répondra après réflexion, qu'il s'agit de « son grand ». Cette réponse tente de se situer en dehors de la question du vrai ou du faux, elle navigue dans la zone tempérée de l'ambiguïté et ne dénonce ni la question de l'appartenance de l'enfant, ni les conditions qui lient cet enfant à l'assistant familial, aux yeux du social.