

Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants

Michelle PRECLOUX – *Assistante familiale*
Fanny KNIPPING – *Psychologue*
Pôle Enfant Sud, CH de Montfavet

Nous allons vous présenter le fonctionnement de l'AFT sur le pôle enfants nord.

Cette présentation va se décliner en trois parties :

- un rapide rappel historique de la mise en place
- le fonctionnement
- les indications

Est-ce encore d'actualité ?

L'accueil familial thérapeutique comprend 30 places enfants et 16 places adultes. Nous allons bien sûr vous parler de l'accueil enfants qui fonctionne actuellement avec une trentaine de familles d'accueil.

I. Historique de l'accueil familial thérapeutique

Les pôles de pédopsychiatrie de Vaucluse ont une pratique ancienne du travail avec les familles d'accueil thérapeutique depuis plus de 20 ans.

Au départ, les lieux de vie ou les familles qui recevaient les enfants étaient considérés comme prestataire de service. Il n'y avait pas de budget déterminé.

Initialement le travail était surtout organisé autour de placements à temps plein (toute la semaine et éventuellement le weekend) ou de séjours de rupture.

La plupart des séjours étaient proposés comme une alternative à l'hospitalisation, pour des enfants qui passaient la plupart de leur temps en hôpital psychiatrique, afin de leur permettre de découvrir d'autres lieux, plus familiaux, moins institutionnels. Il n'y a pas si longtemps en effet dans le cadre des hospitalisations en pédopsychiatrie le temps plein était la règle alors qu'actuellement cela n'existe quasiment plus. Les indications d'AFT de fait sont différentes.

Ces lieux étaient :

- soit des lieux de vie, qui avaient été créés dans la mouvance de 1968 avec des personnes formées (éducateur, psychologue...) ayant fait le choix de quitter les institutions et d'exercer leur profession dans un cadre familial
- Soit des familles d'accueil agréées pour certaines par « Jeunesse et Sport » et qui recevaient des enfants pour « des séjours vacances »

GREPFA-France - Aix-en-Provence 2014 – Accueillir n'est pas adopter! Et pourtant... *Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants – M. Precloux & F. Knipping*

Au fil du temps les pratiques ont évolué. La loi du 12 juillet 1992 (relative aux assistantes maternelles) et le décret du 27 novembre 1992 (relatif à leur rémunération) ont accompagnés cette évolution.

Les familles d'accueil n'ont plus été considérées comme prestataires de service et elles sont devenues salariées de l'hôpital, percevant une rémunération mensuelle.

Le 15 avril 1993, à l'hôpital de Montfavet, a eu lieu la première réunion d'un groupe de travail associant le service financier et les assistantes sociales exerçants en pédopsychiatrie. Ce groupe avait pour but d'élaborer le règlement intérieur de l'accueil familial thérapeutique.

De nombreuses rencontres ont eu lieu pour élaborer le règlement intérieur et le contrat d'accueil dont nous parlerons ensuite.

Ces documents sont toujours ceux que nous utilisons, même s'ils sont régulièrement adaptés pour suivre l'évolution de notre travail. En effet, parallèlement à une évolution juridique, les pratiques de soins en pédopsychiatrie ont évoluées et le travail avec les familles d'accueil s'est modifié. Il s'agit maintenant beaucoup plus souvent - soit de temps complémentaires dans la semaine réparti entre l'hôpital de jour et la famille d'accueil thérapeutique, soit de temps de séjour durant quelques nuits dans la semaine ou toutes les nuits, plus rarement de temps complet incluant semaine et week-end.

Une nouvelle loi datant du 25 juin 2005 différencie les assistants familiaux (accueil à temps plein) et les assistants maternels (accueil à la journée). Cette loi professionnalise le statut d'assistant familial. Elle propose un diplôme d'état d'assistant familial : le DEAF. Mme Lizon nous en présentera les grandes lignes.

L'AFT est devenu un outil de soins parmi d'autres. On peut dire que la famille d'accueil fait partie du réseau de soin de l'enfant, elle s'articule avec les autres soignants.

Pour nous, à Montfavet, il n'y a pas d'équipe spécifique gérant la mise en place et le suivi de l'enfant en AFT. C'est la même équipe de soins, pluridisciplinaire, qui élabore le projet de placement, le projet thérapeutique, qui s'occupe de l'enfant, de la famille d'accueil, de la famille de l'enfant. Il s'agit de réaliser une alliance thérapeutique entre toutes ces personnes. C'est le dispositif qui est soignant, l'unité de psychiatrie qui suit l'enfant, étant le pivot du dispositif.

II. le fonctionnement

Nous allons maintenant vous parler plus en détail du fonctionnement : comment se passe le recrutement des familles d'accueil thérapeutique, quel est leur statut ?

Actuellement, une douzaine de familles travaillent avec les deux pôles de pédopsychiatrie de Montfavet.

Ces familles sont agréées par le conseil général. Lequel les informe des différents employeurs possibles : ASE, l'ADVSEA et l'hôpital de Montfavet. A cet effet nous avons élaborés une plaquette de présentation de l'AFT.

Quand ces familles nous contactent, deux assistantes sociales se déplacent au domicile pour connaître leurs motivations.

Nous avons établi un protocole de « recrutement » commun aux deux pôles de pédopsychiatrie.

GREPFA-France - Aix-en-Provence 2014 – Accueillir n'est pas adopter! Et pourtant...
Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants – M. Precloux & F. Knipping

Des rencontres sont organisées avec le médecin et les assistantes sociales. Les critères essentiels sont : le désir de travailler auprès d'enfants ayant des troubles mentaux et celui de travailler avec un équipe de soignants en pédopsychiatrie. Les familles d'AFT sont néanmoins et restent des familles, il n'est pas question d'en faire des infirmiers ou des éducateurs.

Lorsqu'un accueil thérapeutique commence, un contrat de travail est signé entre l'assistant familial et le directeur de l'hôpital.

Un projet thérapeutique est établi entre le ou les responsables de l'enfant, le médecin responsable de l'unité de psychiatrie, la famille d'accueil et le directeur de l'hôpital. Ce projet thérapeutique formalisé dans le contrat d'accueil, spécifie les temps de prise en charge en famille d'accueil, la périodicité des rencontres avec la structure de soins. Ils sont signés pour une durée à déterminer ensemble c'est-à-dire entre les parents la famille d'AFT et l'unité de soin. Ils précisent si cet accueil est permanent continu (jours et nuits supérieurs à 15 jours), permanent discontinu (jours et nuits inférieurs à 15 jours) ou non permanent (à la journée ou seulement la nuit).

Ces précisions sont mentionnées sur le certificat médical et détermineront le mode de paiement des familles d'accueil : mensuel ou à la journée. A la rémunération s'ajoute, pour chaque accueil, les majorations pour sujétions exceptionnelles, et une indemnité liée à la présence effective de l'enfant dans sa famille d'accueil.

Une fois le travail mis en place. Des rencontres se font régulièrement : l'assistante sociale va ponctuellement au domicile de l'enfant et dans la famille d'accueil. Celle-ci rencontre régulièrement l'équipe soignante dans des cadres formalisés spécifiques à chaque équipe, fait part de ses observations concernant l'enfant, demande un éclairage sur des comportements particuliers.

Des contacts réguliers et informels ont lieu entre l'équipe soignante et la famille d'accueil lors des accompagnements de l'enfant. Ce travail de lien nous paraît capital et pour assurer la cohérence de la prise en charge.

Ce dispositif repose sur l'adhésion des parents ou du responsable légal de l'enfant. Obtenir cette adhésion constitue déjà un travail à part entière. Le travail avec la famille de l'enfant est un point très important dans le dispositif d'accueil familial thérapeutique. Il nous faut souvent plusieurs mois et quelquefois plus d'une année pour concrétiser un projet d'AFT et nous ne sommes jamais sûrs qu'il se réalise effectivement.

III. Quels sont les enfants qui sont susceptibles de bénéficier d'un accueil familial thérapeutique ?

L'indication est bien évidemment fonction de la pathologie de l'enfant. Par exemple: nous n'avons pas la même attente en cas de syndrome autistique qu'en cas de trouble du comportement lié à des carences majeures. Dans le 1^{er} cas, l'AFT permet à l'enfant autiste d'expérimenter du « pareil dans du différent » : vivre dans une famille comme la sienne mais avec ses propres rythmes différents de ceux de la famille de l'enfant. Dans le 2nd cas, il s'agira plutôt de redonner des rythmes de vie et des activités compatibles avec les capacités réelles de l'enfant.

Selon l'évolution d'un enfant l'équipe soignante imagine qu'un accueil familial thérapeutique serait judicieux pour travailler : sur l'autonomie, sur l'individuation, la séparation, la distanciation avec

GREPFA-France - Aix-en-Provence 2014 – Accueillir n'est pas adopter! Et pourtant...
Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants – M. Precloux & F. Knipping

l'autre, donner à l'enfant un espace pour se ressourcer ou lui permettre à lui et à sa famille de « souffler » un peu.

Le travail avec la famille d'accueil va s'articuler sur ce projet. La mise en place des accueils se fera au rythme de l'enfant et de sa famille, et selon les particularités de chacun : on peut, il faut prendre son temps, permettre à l'enfant un premier contact, un séjour de quelques heures, de quelques journées aussi longtemps que nécessaire puis une première nuit, puis deux. On peut organiser la rencontre des deux familles, accompagner la famille de l'enfant dans le lieu d'accueil ou préférer leur proposer des rencontres exclusivement sur le lieu de soin.

Le « démarrage » de l'accueil est important et demande qu'on y réfléchisse selon chaque situation. L'accompagnement de l'enfant dans le lieu d'accueil par le soignant référent et\ ou l'assistante sociale est important, cela permet un lien entre les différents lieux et les différentes personnes ; on demande très peu souvent, sinon jamais aux parents de l'enfant de « gérer » la séparation. S'il nous paraît préférable au contraire que le 1^{er} contact de l'enfant et de sa famille avec la famille d'accueil se fasse conjointement sur le lieu de soin, le premier « séjour » de l'enfant chez la famille d'accueil se fait en dehors de la présence des parents.

IV. Quelques remarques après 20 ans de fonctionnement

Nous pouvons mettre en valeur quelques principes qui nous paraissent essentiels dans notre expérience d'AFT.

- Si chaque pôle de pédopsychiatrie s'est doté d'une unité d'AFT il nous paraît très intéressant que ce soit l'équipe de soins qui s'occupe de l'enfant qui soit le porteur de projet, qui le mette en place et qui en assure le suivi. Ce dispositif est thérapeutique par l'alliance qu'il crée entre tous les acteurs.
- Un autre principe qui nous paraît important, est de privilégier une grande souplesse de fonctionnement. Cela nous permet de nous adapter à la situation de chaque enfant, de faire du « sur-mesure » mais nous oblige aussi à nous interroger sur ce qui va lui convenir le mieux : quelle famille d'accueil, quel rythme, quelle durée, quel projet thérapeutique ?...
- La bonne connaissance du réseau des familles d'accueil par les équipes de soins et plus spécifiquement par l'assistante sociale, permet de trouver pour l'enfant le lieu le plus adéquat en fonction de sa pathologie, de sa personnalité et du projet thérapeutique.

Enfin, nous nous dotons d'outil commun à la pédopsychiatrie : des rencontres régulières entre les deux pôles nous permettent de réfléchir ensemble aux termes des contrats d'accueil et du règlement intérieur et nous soumettons nos réflexions à l'administration. Nous évaluons ensemble le type de travail possible (ou non) avec chaque famille. Nous avons élaboré des temps de formation conjoint aux quels des membres de l'administration ont participé.

Enfin, nous avons constaté qu'au fil du temps un grand nombre de familles d'accueil éprouvait le besoin d'un apport plus théorique et d'un échange entre elles.

GREPFA-France - Aix-en-Provence 2014 – Accueillir n'est pas adopter! Et pourtant...
Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants – M. Precloux & F. Knipping

Depuis un peu plus de deux ans, nous avons mis en place pour chaque pôle des groupes d'échange et de réflexion avec interventions des psychologues et des médecins afin d'améliorer la qualité de l'accueil familial thérapeutique

Nous essayons d'alterner les temps de rencontre proposés par chaque pôle, chacun organisant les rencontres selon ses propres concepts : plutôt centré sur les apports théoriques pour l'un, plutôt sous forme de discussion plus informelles pour l'autre, centré autour d'évocation de situations cliniques. Ces 2 approches nous paraissent complémentaires

V. Présentation de Johan

Anamnèse

Johan est né le 20 novembre 2003, sa maman nous informe que la grossesse a été très tendue à cause de conflits familiaux, c'était un bébé calme qui dormait et mangeait bien durant sa 1^{ère} année.

Il a marché à 16 mois,

Ses parents se sont séparés, il avait 2 ans.

- Son père est sans profession, il semble avoir des difficultés sociales et ne voit J que très rarement, il n'est pas demandeur. Nous ne l'avons jamais rencontré et il n'est jamais rentré en contact avec nous.

Monsieur a une fille d'une autre union placée en foyer, J a rencontré plusieurs fois sa ½ sœur chez ses grands-parents paternels.

- La maman de J. a d'une 1^{ère} union, 2 filles de 16 et 13 ans, depuis peu, l'aînée vit chez son père et la seconde vit au domicile avec J. Madame est depuis 2010 avec le même compagnon, celui-ci n'a pas d'emploi, ils se sont mariés en avril 2012.

-Les grands-parents paternels sont présents dans le discours de la mère, ils restent en contact, le grand père est atteint de la maladie de Parkinson, ce qui complique les visites. Lorsque Johan rencontre son père, en moyenne 1 fois par an, c'est chez ses grands-parents.

- Les grands-parents maternels : la grand-mère maternelle était agricultrice et était peu disponible pour s'occuper de sa fille, elle est décédée dans un accident de voiture, la maman de J avait 3 ans. Elle a été élevée par sa grand-mère paternelle, qu'elle appelait Maman avant même, nous dit-elle, le décès de sa propre mère, c'était entendu entre les deux femmes, cette grand-mère est très présente dans le discours de madame.

Le grand-père maternel souffre d'alcoolisme et réapparaît régulièrement dans la vie de sa fille.

Notons une particularité : depuis 4 ans que nous connaissons J, celui-ci a déménagé plus de 10 fois.

Quelles hypothèses : instabilité, dangerosité de la continuité du lien, attachement à un lieu impossible ?

Historique de la prise en charge

Dès l'entrée en petite section, J. présente des difficultés comportementales majeures, une instabilité motrice et une impulsivité massive.

Suite à une consultation pédiatrique un suivi est proposé au CAMSP en juin 2007, il a alors 3 ans et demi.

Un bilan neuropsychologique est proposé, mais du fait des troubles de type agitation et angoisse il est difficile d'évaluer ses compétences.

Le CAMSP le décrit comme un enfant intelligent, volontaire, mais trop actif. Il est capable de petits temps de concentration en individuel.

L'éducatrice référente est alors très investie par la maman, qui explique qu'elle a besoin d'un tel attachement pour tisser des liens de confiance.

Demande d'un bilan confirmant ou non l'hyperactivité de J.

En septembre 2009, le CAMSP oriente J. vers l'hôpital de jour.

Le CAMSP nous informe qu'ils ont fait un signalement pour maltraitance physique suite au constat de morsures et de bleus, le compagnon de l'époque est suspecté. Une enquête sociale a lieu mais n'aboutira pas. Cette enquête reste un traumatisme familial car Madame peut nous en reparler encore aujourd'hui en disant « vous vous rendez compte ils nous ont envoyé la police, nous qui aimons tant J. » Madame ne garde pas, étonnamment, d'animosités particulières envers le CAMSP.

Dans cette même dimension de carences sociales, lors de ma première visite à domicile, en juin 2010, pour la constitution d'un dossier MDPH, je me retrouve dans un appartement insalubre, petit, non entretenu, peuplé de nombreux animaux. Madame m'accueille chaleureusement et m'explique qu'ils vont déménager car cet appartement est trop petit, au bout de quelques minutes je demande à voir J pour lui dire bonjour, celui-ci arrive ébloui par la lumière m'explique qu'il doit vite retourner à ses jeux vidéo. Madame confirme qu'il joue beaucoup et que c'est un moyen de canaliser son énergie, il joue seul ou avec le compagnon de Mme.

En janvier 2010, une double prise en charge HDJ/CAMSP se met en place dans une perspective de relais progressif, J. a 6 ans et demi.

Dans l'entretien préalable à l'admission, madame décrit son fils comme un enfant qui a hérité d'un don de voyance, elle parle de pressentiments, qu'il ressent des choses fortes, exemple décès d'un ami de Mme. Elle a, elle même hérité de ce don de sa grand-mère paternelle.

Mme reconnaît que ce n'est pas simple pour J, lui qui bouge beaucoup, il ne peut pas canaliser ce don.

En mai 2010, le compte rendu de la consultation à l'Hôpital Sainte Marguerite avec le Docteur Da Fonseca confirme à l'examen :

- instabilité motrice et impulsivité massive,
- retard de langage,
- difficultés attentionnelles importantes
- propension à la provocation et à l'opposition,
- difficultés de la coordination globale et fine.

GREPFA-France - Aix-en-Provence 2014 – Accueillir n'est pas adopter! Et pourtant...
Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants – M. Precloux & F. Knipping

Sur le plan somatique :

- pas du trouble du sommeil ni de l'appétit,
- problématique dans la lignée séparation/individuation
- enfant qui crie énormément avec tendance à l'automutilation (morsures sur l'avant-bras lors de moments de frustration).

En conclusion, confirmation d'une hyperactivité. Tableau psychopathologique complexe associant de nombreux facteurs : psychopathologique et instrumental nécessitant une prise en charge globale et pluridisciplinaire conséquente.

Il sera sous traitement Ritalin à compter du 3 février 2011, il a alors 7 et demi.

Hôpital de jour de Piolenc

L'HDJ est une villa aménagée près d'Orange, avec un grand jardin. C'est une structure qui accueille à la journée ou de façon séquentielle, 15 enfants de 3 à 12 ans. Des soins individuels ou de groupe sont proposés selon la pathologie de l'enfant et l'accord des parents d'inscrire leur enfant dans un projet de soin spécifique.

Les 5 infirmiers permanents sont présents à la semaine du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00.

La pédopsychiatre, la Psychologue, l'assistante sociale et le cadre de santé sont présentes 3 demi-journées par semaine, la secrétaire et l'orthophoniste 2 demi-journées par semaine et la psychomotricienne 4 demi-journées par semaine.

Les entretiens familiaux font partie du projet de soin institutionnel, ils ont lieu une fois par mois. Ces entretiens familiaux sont spécifiques, ils ont été pensés dès la création de l'HDJ comme un travail groupal y sont présents, les parents, l'enfant, ses frères et sœurs si cela se présente,

La pédopsychiatre, le psychologue, l'infirmière référente et l'assistante sociale.

Les familles sont intimidées dans un premier temps mais dans un second temps elles peuvent exprimer leur sentiment de « portage ».

Lors des premiers entretiens, la maman de J exprime la nécessité d'être en confiance et d'avoir un lien d'attachement spécifique avec une personne, pour pouvoir laisser son fils, elle choisira Isabelle, la référente infirmière, laquelle va accepter de rentrer dans cette relation transférentielle particulière.

Nous noterons que Madame ne mettra pas en place cette « fusion annoncée », cela restera très superficiel et nous fera vivre en équipe une étrangeté du lien.

Par exemple,

« La maman de J. appelle à l'HDJ, ne se présente pas et demande à parler à Isa, croyant que c'était un appel personnel, le collègue passe le téléphone à Isabelle »

Dans la même particularité, Madame lors de la troisième visite à domicile va me tutoyer, et partager des éléments très personnels de sa vie privée, je lui propose puisque elle l'a défini comme une

GREPFA-France - Aix-en-Provence 2014 – Accueillir n'est pas adopter! Et pourtant...
Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants – M. Precloux & F. Knipping

nécessité pour elle d'accepter ce tutoiement uniquement à domicile , expliquant que je ne la tutoierais pas et que lors des entretiens familiaux nous maintenons le vouvoiement afin d'être tous sur le même plan et aussi de garder une certaine distance nécessaire au travail thérapeutique pour J . Ce « contrat d'étayage du lien » met en lumière la nécessité pour cette maman de constituer une enveloppe psychique sûre pour mettre au travail ses modalités de lien.

Lors des entretiens J. s'exprime très bien, il pose des questions pertinentes.

Il appelle sa maman « bébé » ou « chérie », il l'embrasse sur la bouche, peut lui toucher les seins, Madame ne s'oppose pas et au contraire pourra le tenir sur ses genoux, de ce fait nous ne la voyons pas.

Il mène souvent les entretiens abordant les sujets importants et demandant à sa mère l'autorisation de parler, il utilise la 3eme personne du singulier pour parler en son nom, passe du coq à l'âne, les sujets abordés sont multiples, il peut crier, être très agité, la continuité, la cohérence de la pensée sont attaquées en permanence.

Il est décrit, à ce moment-là par sa maman, comme épuisant à la maison, ne s'arrêtant jamais avec un flot de paroles incessant.

La scolarité est difficile, beaucoup de punitions du fait de son comportement, agitation et insultes. Il est dans un CP classique, sans AVS.

A l'entrée de J. à l'HDJ, il est négligé, ses vêtements sont sales, non adaptés .Il est logorrhéique, très agité quasi toujours en mouvement, il a des difficultés à respecter les consignes, les repas sont très difficiles et mettent en évidence des carences affectives et éducatives: il mange avec ses doigts, laisse ses doigts dans la bouche pour mâcher ses aliments qu'il engouffre.

Les soins proposés à l'HDJ dans un premier temps sont : la réunion communautaire, le groupe musique et un repas thérapeutique.

Rapidement l'idée d'un accueil familial thérapeutique mûrie dans l'équipe, nous travaillons ce projet lors des réunions institutionnelles, le projet thérapeutique est le suivant :

- travailler le lien, se séparer, se retrouver en effet les modalités de lien mère /enfant sont pathogènes, fusion/rejet, comment éprouver le lien dans d'autres modalités ? L'AFT est le soin par excellence pour assouplir, penser, transformer ses modalités de lien.

Je précise les dates rapidement pour nous resituer dans le temps

Le projet d'une famille d'accueil thérapeutique un weekend sur deux, est abordé en juillet 2010, Johan est entré à l'HDJ en janvier 2010.

Suite à cette proposition de ce soin, la maman met en avant le fait qu'ils vont pouvoir « souffler » le weekend car Johan est difficile, mais rapidement elle nous dit « j'ai peur que J. puisse s'attacher à une autre personne » l'attachement est dangereux, il implique la perte de l'autre, nous sommes dans du « tout ou rien », comment rassurer, étayer, penser cette séparation ?

Madame Précloux sera la deuxième famille d'accueil de J., car la première, Mme Tremblay partira à la retraite fin 2012.

Je décris rapidement comment se sont passées ces deux années chez Mme Tremblay et nous écoutons Mme Précloux par la suite.

GREPFA-France - Aix-en-Provence 2014 – Accueillir n'est pas adopter! Et pourtant...
Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants – M. Precloux & F. Knipping

Mme Tremblay est une personne de 60 ans, veuve, J. se retrouve en prise en charge individuelle lorsqu'il est en AFT.

Lors de la première visite à domicile, sont présents, la maman, Johan, la référente infirmière et moi-même. Mme Tremblay a dans son jardin de nombreux arbres fruitiers, nous nous y promenons et la maman de Johan va parler de sa propre mère qui était agricultrice et qui ramassait des fruits. Madame va mettre en place à nouveau une modalité de lien hautement transférentielle, grâce à un jujubier qui se trouve dans le jardin, elle croque dans une jujube en donne à son fils, ce goût de pomme aigrette va faire resurgir en elle une émotion d'enfance, les larmes lui viennent et me reparlera plusieurs fois de cette épisode. J est en lien direct avec les émotions de sa maman et va partager cette émotion.

L'AFT se met progressivement en place entre octobre et décembre 2010. Au rythme d'un après-midi, puis à la journée. Et en janvier 2011 une première nuit est proposée.

Johan est pris en charge 6 demi-journées par semaine à l'HDJ, il est accueilli en CLIS 4 demi-journées.

Ces deux années d'AFT, seront très bénéfiques mais aussi très difficiles, la séparation est une souffrance pour J. Il pleure au moment de la séparation. Il a peur de perdre sa maman, il parle de la mort régulièrement.

Il a demandé à Mme Tremblay de l'amener au cimetière sur la tombe de sa grand-mère maternelle,

Mme Tremblay le décrira comme quelquefois halluciné, à parler à un enfant imaginaire. J expliquant que c'est un enfant mort avec qui il communique. Il nous en parlera aussi à l'HDJ.

Les angoisses massives de J vont s'apaiser mais persisteront.

Nous constatons que la maman de J a pu s'étayer sur « le maternage » de la famille d'accueil, celui-ci est plus soigné, plus propre.

J. a pu constituer une enveloppe psychique plus sécurisée, il peut rester seul dans une pièce mais s'entoure toujours d'une enveloppe sonore permanente, paroles, cris, questions.....

La fin de l'accueil de J chez Mme Tremblay sera douloureuse, encore une séparation, J. est triste, et souhaite revoir Mme Tremblay et avoir de ses nouvelles.

Notons des changements importants dans cette dernière année : Isabelle la référente infirmière change de lieu de travail, la Pédopsychiatre et le Psychologue aussi, la maman de J. ne cachera pas son émotion et J. va être particulièrement difficile à l'HDJ.

Après l'arrêt de l'accueil chez Mme Tremblay, un nouvel accueil va rapidement être proposé à la maman de Johan, celle-ci étant partie prenante de la continuité de ce soin et pouvant dire : « il faut qu'il se détache de moi », « un autre accueil sera plus facile car nous avons déjà vécu la séparation »

J. a très envie d'être accueilli chez Mr et Mme Précloux, car un autre enfant de l'HDJ est accueilli et ils en ont parlé ensemble.

Le premier entretien, aura lieu en janvier 2013 à l'HDJ et ce nouvel accueil sera très différent, J. va être accueilli par un couple accueillant d'autres enfants, J. a 9 ans et demi.

GREPFA-France - Aix-en-Provence 2014 – Accueillir n'est pas adopter! Et pourtant...
Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants – M. Precloux & F. Knipping

VI. Présentation de Mme Précloux.

Nous sommes famille d'accueil depuis 28 ans, nous travaillons en AFT depuis 10 ans avec l'hôpital de Montfavet.

Nous nous sommes orientés vers l'AFT parce que dans le cadre des accueils sociaux qui nous étaient confiés, la plupart des enfants ou jeunes majeurs présentaient des troubles psychologiques parfois importants et que nous y étions confrontés souvent seuls, parfois douloureusement.

Actuellement nous accueillons plusieurs enfants en AFT, l'accueil peut varier d'un jour à cinq jours par semaine en accueil continu (jour et nuit).

Aucun accueil n'est semblable, chaque enfant apporte son histoire, sa pathologie, ses attentes.

La plupart du temps les enfants nous sont confiés pour les mêmes objectifs : travailler sur la séparation, vivre une expérience différente dans un cadre structurant et rassurant.

Pour la famille d'accueil, chaque prise en charge nécessite un aménagement et une adaptation au fonctionnement de l'enfant.

Pour illustrer notre pratique, j'ai choisi de vous parler de Johan que nous accueillons depuis 18 mois au rythme d'un week-end sur deux.

Johan est un enfant qui dérange. Il ne provoque pas les mêmes émotions, empathie, désir de protéger, voir sentiments de tendresse que peuvent nous inspirer les autres enfants accueillis. C'est vrai que Johan est très défensif, qu'il ne veut rien lâcher et qu'il est plutôt opposé à ces brefs séjours chez nous. Quoique ... car il y a ce que Johan dit et ce qu'il vit. Il parle continuellement de façon très sonore, sous forme de questionnement dont il n'attend semble-il aucune réponse, comme pour combler le silence, le vide. Il est prêt à tout et n'importe quoi pour parler, à inventer, à répéter maintes fois les mêmes questions à falsifier, à enjoliver... avec en permanence un objectif semble-il : rester maître de la situation.

Pour y parvenir Johan est prêt à nous manipuler : il adore faire faire aux autres, il n'hésite pas à tenter de provoquer des conflits, à dresser ses interlocuteurs les uns contre les autres, ce qui est très mal toléré par les autres enfants. Il est alors rejeté, ce dont il se plaint, mais qui semble aussi lui procurer un certain plaisir.

Dès le début de sa prise en charge AFT, nous avons ressenti que notre relation avec Johan allait être difficile du fait de son comportement violent et stéréotypé à notre rencontre.

Ce tableau semble bien sombre. Cependant Johan est capable de nous surprendre parfois : c'est un enfant curieux, qui peut se mobiliser et montrer de l'intérêt.

Le lien qui se tisse souvent naturellement, spontanément avec les autres enfants, nécessite une réflexion avec Johan.

Actuellement nous travaillons avec le soutien de sorties, randonnées, promenades, visites de sites qui semblent lui plaire particulièrement et qui permettent d'agrémenter ses séjours chez nous : Johan a beaucoup de mal à accepter de prendre du plaisir.

L'évolution de ses relations avec nous et les autres enfants est aujourd'hui repérable : Johan semble

GREPFA-France - Aix-en-Provence 2014 – Accueillir n'est pas adopter! Et pourtant...
Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants – M. Precloux & F. Knipping

peu à peu lâcher prise et accepter de s'autoriser à exister quand il est chez nous.

L'accueil de Johan a pu se poursuivre parce que l'équipe de soins de l'hôpital de jour de Piolenc nous a soutenus dans notre réflexion. Nos échanges nous ont permis de réaliser que nous partageons en partie les mêmes analyses, voir difficultés face au comportement de Johan.

Nos craintes portaient essentiellement sur nos réactions face à ce comportement, nous ne voulions surtout pas nous engager dans une relation qui ne ferait que reproduire ce que Johan semble avoir mis en place chez lui, et devenir maltraitants.

Pour ces raisons, les contrats d'accueil de Johan sont aujourd'hui encore reconduits tous les 3 mois.

Depuis le 2^{ème} semestre 2013, l'équipe de soins de Piolenc nous reçoit régulièrement entre deux signatures de contrat, afin de faire le point sur nos différents accueils, et sur Johan en particuliers. C'est l'occasion pour nous de faire part de nos vécus, interrogations, anecdotes, de parler de notre relation avec Johan, de l'évolution de ses relations au sein de notre famille. C'est en effet important pour nous d'être entendus par rapport à cet accueil difficile, et de pouvoir confronter nos expériences à celles de l'équipe.

Entre ces rencontres à l'HDJ et les signatures de contrats, nous pouvons également nous appuyer sur la présence efficace de l'assistante sociale de l'équipe soignante qui assure la permanence du lien entre nous tous et avec la famille de Johan, et qui nous apporte une présence efficace et rassurante dans cet accueil compliqué.

Nous n'avons pas de contact avec le papa qui est séparé de la maman, mais quelques échanges avec le beau-père, lors d'accompagnements, qui a pu nous faire part des difficultés qu'il rencontrait avec Johan.

Nos relations avec la maman se sont peu à peu espacées parce que nous avons refusé de donner suite à ses attentes, qu'elle manifestait sous forme de contrôles par téléphone. Nous avons vite compris qu'il ne fallait pas trop parler des débordements de Johan pour le protéger. La maman s'inquiétait du déroulement des séjours, de leur contenu et avait surtout besoin d'être rassurée sur la pérennité de notre accueil.

Tous les acteurs de cette démarche d'accueil se retrouvent donc tous les trois mois à l'HDJ de Piolenc, réunis pour échanger, partager et signer le contrat.

Echanges avec Mme Précloux :

- Oser parler en équipe que J. pousse dans de tels retranchements que l'idée de devenir maltraitant nous effraie au point de souhaiter arrêter l'AFT. Sentiment partagé par l'équipe de l'HDJ.
- En janvier 2014, un séjour neige va avoir lieu, en équipe nous décidons d'étayer au maximum la maman pour qu'elle puisse faire les accompagnements de son fils : l'amener, lui dire au revoir et venir le chercher et l'accueillir. Mr et Mme Précloux se sont confrontés à la même problématique lors des accompagnements de J.
- Afin de soutenir et d'étayer la séparation, Nicole, nouvelle référente infirmière va proposer de faire un entretien au domicile de Mr et Mme Précloux en présence de Johan, car celui-ci exprime de plus en plus ses angoisses de séparation et ne veut plus aller en famille d'accueil.

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

Le lien thérapeutique en accueil familial d'enfants – M. Precloux & F. Knipping

Cet entretien au domicile de la famille d'accueil, sans sa maman, va le placer au cœur des échanges, il va prendre une place « de grand enfant », il va déposer certaines angoisses et montrer son attachement à Mr et Mme Précloux.

- Johan inquiet de l'avenir de sa relation avec Mr et Mme Précloux, « je viendrai vous voir quand je serai grand ... »

Conclusion : apaisement de Johan, persistance de ses angoisses de séparation, évolution de l'AFT,