

J. JUNG,

Psychologue clinicien, Equipe du RAFT, CHS Le Vinatier, Lyon.

Dr T. ROCHET,

Médecin chef, Equipe du RAFT, CHS Le Vinatier, Lyon.

C. PETAVY,

Assistante sociale, Equipe du RAFT, CHS Le Vinatier, Lyon.

N. POURCEL,

Assistante sociale, Equipe du RAFT, CHS Le Vinatier, Lyon.

S. MOUTARDE,

Secrétaire médicale, Equipe du RAFT, CHS Le Vinatier, Lyon.

« Vers une spécificité de l'indication d'Accueil Familial Thérapeutique »

Initialement pensé comme une alternative à l'hospitalisation, L'AFT s'est progressivement développé ces dernières années au point qu'aujourd'hui, l'expérience acquise en ce domaine permet d'envisager les indications d'une façon plus précise.

Après une présentation du dispositif d'accueil familial thérapeutique pour enfants et adolescents (RAFT) créé il y a 8 ans en pédo-psychiatrie, nous chercherons à dégager les enjeux posés par l'indication en AFT, à partir des attentes multiples, des parents comme des services de soin, concernant cette modalité de soin.

Ainsi, nous interrogerons, au-delà des aspects éducatifs, la place qu'occupe cette modalité d'accueil dans le dispositif de soin ainsi que les conditions d'un Accueil Familial « thérapeutique ».

Enfin, en nous appuyant sur les questions posées par ce type de prise en charge, nous préciserons ce qui, aujourd'hui, nous paraît répondre, de façon spécifique et pertinente, à une indication « positive » d'AFT en pédopsychiatrie.

Deux exemples de situations d'accueil viendront étayer notre réflexion.

1- Présentation du RAFT (Relais Accueil Familial Thérapeutique)

2- Pluralité des indications d'AFT

- **Situation de Célestine**

- **Situation de Luc**

3- Vers une spécificité de l'indication d'AFT

1 - PRESENTATION DU RAFT :

Le Relais Accueil Familial Thérapeutique ou RAFT est une structure intersectorielle (pédopsychiatrie), qui dépend de l'hôpital du Vinatier, situé à Lyon. Ce service a été créé il y a maintenant presque huit ans pour répondre à deux objectifs principaux :

1 - Poursuivre et développer des modalités de prise en charge alternatives à l'hospitalisation.

2- D'autre part, regrouper au sein d'une même unité les moyens mis à disposition mais pas toujours utilisés (2 places tps plein par secteur) de chaque secteur, afin d'organiser un dispositif d'accueil familial thérapeutique autonome permettant le recrutement, le suivi et la formation des assistantes familiales, ainsi que la mise en place effective des accueils.

Ce projet s'est développé avec la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire à temps partiel, composée d'un médecin chef, d'une secrétaire médicale, de deux assistantes sociales, d'un psychologue et d'un groupe d'assistantes familiales aujourd'hui au nombre de 8 pour 20 enfants accueillis.

Le RAFT s'adresse à des enfants et des adolescents de 0 à 18 ans suivis au sein d'une structure de soin dépendant de l'hôpital du Vinatier (CMP, HDJ, CATTP).

Les demandes d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) nous sont adressées par les équipes de soin où sont suivis les enfants. L'AFT s'inscrit de ce point de vue comme un complément à un soin déjà engagé sur le pôle de pédo-psychiatrie, lequel se poursuit pendant au moins toute la durée de l'accueil. L'AFT constitue en ce sens une indication médicale posée par le médecin référent au même titre qu'une prise en charge thérapeutique ambulatoire ou institutionnelle en centre de jour, CATTP ou CMP.

On verra que le dispositif relativement nouveau et atypique que propose le RAFT, au regard des autres modalités de soin en pédopsychiatrie, n'est pas sans causer des tensions institutionnelles au sein de l'hôpital quant à la façon d'organiser et de penser le soin à différents niveaux et en réseau, en bouleversant parfois les pratiques institutionnelles traditionnelles.

Cette question en soulève une autre, à savoir quel est le statut de l'AFT au sein du dispositif de soin en pédopsychiatrie. S'agit-il d'un soin à part entière ? Doit-on considérer les assistants familiaux comme des soignants ? D'autre part, qu'est-ce qui fait que cet accueil est thérapeutique ?

Chaque demande adressée au RAFT est étudiée et fait l'objet d'une première rencontre avec l'équipe soignante pour présenter la situation de l'enfant. L'indication d'AFT n'étant pas une fin en soi, la demande est évaluée et reliée à un projet à plus long terme comme par exemple une orientation dans un établissement spécialisé type IME. Le temps, la fréquence d'accueil ainsi que l'intérêt d'envisager des nuits ou des repas sont abordés lors de cette première rencontre. Une attention particulière est portée sur l'adhésion de la famille au projet d'accueil, condition indispensable à sa mise en place. Ce temps est l'occasion pour l'équipe du RAFT de confirmer ou non l'indication et de commencer à penser au profil d'une assistante familiale.

Une seconde rencontre est organisée en présence de l'assistante familiale pressentie, de l'équipe soignante demandeuse et d'une partie de l'équipe du RAFT. Cette rencontre est destinée à présenter l'enfant dans son environnement, le dispositif de soin dans lequel il s'inscrit et à répondre aux questions de l'assistante familiale.

Enfin, une dernière rencontre a lieu cette fois-ci sur le lieu de soin en présence des parents, de l'enfant, de l'équipe soignante, de l'assistante familiale et d'une assistante sociale du RAFT. Cette rencontre a pour objectif de finaliser le projet d'accueil et débouche sur la rédaction d'un contrat d'accueil signé par toutes les parties (C'est le moment où sont notamment abordés les aspects pratiques de la mise en place de l'accueil, les engagements respectifs de chacun, etc.).

On l'aura compris, toutes les modalités d'accueil sont potentiellement envisageables à condition qu'elles prennent sens pour tous les acteurs de l'accueil. L'AFT est donc pensé à chaque fois au cas par cas, dans une logique d'intégration et d'articulation au dispositif existant. Cet aspect suppose en outre une participation des équipes soignantes pour soutenir la réalisation du projet, que ce soit à travers les liens qui s'établissent avec les familles d'accueil ou avec le service du RAFT.

Par ailleurs, dans le but d'optimiser les aspects thérapeutiques d'un tel dispositif, nous insistons sur l'importance de la différenciation des temps et des espaces dans lesquels évolue l'enfant accueilli. C'est pourquoi dans la majeure partie des cas l'accueil se limite à quelques séquences d'une durée variable de 2 à 6 heures par séquence, ceci en cohérence avec le dispositif de soin déjà en place. Il s'agit de séquences fixes qui ont lieu en général de 2 à 4 fois par semaine.

D'autre part, la quasi-totalité des accompagnements sont effectués en taxi (fonction tiers), transports pris en charge par la sécurité sociale. Ceci a pour fonction d'assurer une différenciation des espaces en plus d'une certaine

fiabilité du cadre d'accueil. Dans ces conditions, l'espace de l'accueil bénéficie d'une certaine neutralité en devenant un espace protégé, suffisamment délimité, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il soit un espace étanche, coupé du monde extérieur et du reste du soin. Au contraire, cette situation contribue à ce que la famille d'accueil se sente suffisamment dégagée des éléments de réalité susceptibles de modifier les conditions d'accueil, et puisse se concentrer sur l'ici et maintenant de la rencontre avec l'enfant. Ce principe de différenciation à l'origine de l'accueil, associé à la disposition d'esprit de l'assistante familiale, permettra à l'enfant d'investir ce lieu différemment.

Un temps de supervision groupal mensuel ou plus exactement de reprise élaborative des situations d'accueil est assuré par le psychologue. Destiné à toutes les assistantes familiales, ce temps est l'occasion de travailler les situations d'accueil et de leur donner collectivement un sens après-coup. Ce travail a pour fonction de soutenir l'AF dans l'accueil et de l'aider à se situer dans la rencontre avec l'enfant, de développer ses capacités d'élaboration clinique et d'ajuster son positionnement professionnel aux situations rencontrées. Ce travail peut être associé à un temps de reprise individuel, à la demande de l'assistante familiale et/ou proposé par le psychologue.

Un temps de formation également mensuel assuré par le psychologue et des intervenants extérieurs permet de reprendre et d'approfondir certaines problématiques rencontrées dans l'accueil. D'une façon générale, la formation propose un apport théorique sur des thèmes qui touchent de près ou de loin la pratique de l'accueil.

Un accompagnement des familles d'accueil est également assuré par les assistantes sociales. Il consiste en des entretiens téléphoniques réguliers et des visites à domicile annuelles. Il s'agit donc d'un travail de liaison qui intègre tout autant les aspects organisationnels de l'accueil que l'écoute et le traitement des difficultés posées par l'accueil au quotidien.

2 - PLURALITE DES INDICATIONS D'AFT :

Comme pour tout dispositif de soin, la création d'un service comme le RAFT suppose l'élaboration d'un projet comportant des missions et des objectifs. Son évolution dépendra à la fois de la manière dont le dispositif aura été sollicité selon les attentes des pôles de pédo-psychiatrie et des expériences temporellement acquises à travers les accueils successifs réalisés par notre service.

Si l'élaboration d'un projet de service d'AFT permet de dégager un certain nombre d'axes sur les objectifs thérapeutiques, il reste que toute une partie de

son projet demeure liée à la façon dont il est utilisé en pratique par les services de soin.

Sans doute bien davantage que pour les dispositifs classiques et malgré les nombreuses sollicitations dont il est l'objet, le RAFT a pu et peut encore être amené à souffrir d'une identité aux contours mal définis. En effet, la diversité des représentations que peuvent s'en faire les équipes soignantes y contribue, en l'assimilant tantôt à un accueil social à visée éducative, tantôt en le considérant comme une alternative aux prises en charge thérapeutiques existantes.

Le vécu des familles d'accueil d'un manque de reconnaissance vis-à-vis des services dans lesquels sont suivis les enfants qu'elles accueillent l'illustre bien aussi, même si ce sentiment a pu évoluer. L'indication « par défaut » rend compte de cette problématique : confronté aux limites d'une prise en charge, l'indication d'AFT pour une équipe de soin peut constituer avant tout un ailleurs, une issue, un autre lieu, dans certains cas un relais du soin.

Parmi les indications dites « par défaut », on peut penser à ces patients sans solution ou encore sans solution de soin satisfaisante. Ce sont des patients au parcours thérapeutique souvent chaotique, ayant déjà fait l'objet sans succès de plusieurs orientations / indications et / ou qui se trouvent en attente d'un accueil en établissement médico-social. Il peut s'agir d'enfants dont le soin est amené à s'arrêter. C'est le cas des prises en charge institutionnelles en centre de jour ou CATTP petite enfance qui s'achèvent à 6 ou 12 ans et qui souffrent d'un manque de relais au sein du secteur.

D'autres demandes mettent l'accent plus directement sur l'épuisement des familles qui demandent à être soulagées.

Toutes ces demandes se traduisent par ce que nous pouvons appeler des indications « par défaut », c'est-à-dire des indications dont le but est avant tout de pallier le manque, la limite, l'échec face auxquels se retrouvent les équipes de soin.

Pour autant, est-ce le rôle de l'AFT de répondre à ces demandes, de suppléer au manque de structures adaptées sur le secteur ? Jusqu'où pouvons-nous répondre sans risquer de compromettre le sens thérapeutique d'un tel projet ou de nourrir l'illusion suivant laquelle l'AFT serait « La » solution à ce type situation ? A quelles conditions ces demandes peuvent-elles malgré tout prendre un sens et ouvrir sur une évolution thérapeutique chez l'enfant ?

Il semble important de repérer ici, au-delà de la demande d'AFT pour un patient, une demande institutionnelle plus profonde, consistant à traiter l'intraitable, à trouver une réponse thérapeutique qui permettra dans certains

cas de reconsidérer la problématique du jeune, de réinvestir une situation devenue critique pour la famille, l'équipe de soin et l'institution.

Situation de Célestine :

Célestine a 4 ans et demi lorsqu'elle nous est adressée par le médecin du CMP qui la suit. Elle bénéficie alors d'une prise en charge sur un groupe thérapeutique deux fois par semaine et elle est suivie en parallèle en orthophonie une fois par semaine dans le privé. Les entretiens révèlent un léger retard : marche acquise à 18 mois, propreté à trois ans. Elle présente à ce moment-là un trouble de l'attention : elle a du mal à écouter les consignes, a besoin en permanence d'être cadrée. Elle ne présente pas de trouble de la personnalité mais a du mal à accéder, semble-t-il, à certaines modalités de symbolisation.

En réalité ce sont essentiellement ses parents qui sont en difficulté : la maman est en invalidité, le papa a du mal à poser des limites et Célestine ne bénéficie pas d'un étayage rassurant par ses parents.

La demande d'un accueil dans une famille pendant l'été est suscitée par le fait que les parents se sentent en grande difficulté : l'école s'arrêtant, ils ont très peur d'avoir à assumer leur fille toute la journée. Ce sont eux qui ont besoin d'un relais.

Célestine est scolarisée à ce moment-là en grande section de maternelle et l'équipe de soin a évoqué la possibilité à long terme d'une prise en charge pour cette petite fille dans un établissement médico-social mais les parents souhaitent pour l'instant que Célestine reste au domicile.

Devant l'ambivalence de la famille et pour tenir compte des différents éléments de la demande, un AFT est envisagé chez une famille d'accueil le mercredi ainsi qu'une partie des vacances scolaires.

Les premiers temps de l'accueil, l'AF découvre une petite fille très agréable, câline et sans problèmes particuliers. Parallèlement, la scolarité connaît une évolution très favorable au point où il n'est plus question d'orientation en établissement spécialisé.

Célestine se développe normalement même si, aux dires de la mère, les problèmes de comportement à la maison persistent. En effet, Célestine « désobéit » et les parents se sentent régulièrement débordés dans leurs capacités éducatives. Les punitions souvent disproportionnées ne suffisent

pas à la limiter. Au contraire dans la famille d'accueil « tout se passe bien ».

Face à cette situation familiale précaire, une aide éducative finit par se mettre en place difficilement.

L'accueil se poursuit maintenant depuis plusieurs années et semble avoir apporté à Célestine un équilibre environnemental grâce à la qualité des relations établies d'une façon durable avec la famille d'accueil et au maintien du lien avec sa famille.

Cet accueil pourrait encore durer des années mais son évolution nous autorisent à réfléchir à d'autres modalités de prise en charge. Célestine a actuellement 11 ans et l'annonce faite il y a presque un an de la fin de l'accueil officiel chez Mme G permet de commencer à réfléchir à un nouveau projet. La mise en place récente d'une prise en charge individuelle au CMP s'inscrit dans cette perspective.

Situation de Luc :

Luc est un grand enfant de 10 ans originaire d'Afrique centrale. Son père est décédé alors qu'il était tout petit.

Il présente un autisme infantile précoce type Kanner avec absence de langage et apparition de troubles du comportement de type hétéro-agressif dans le cadre de sa prise en charge au centre de jour.

Suivi depuis janvier 2003 à raison de 4 demi-journées par semaine, le soin de cet enfant s'est avéré progressivement extrêmement complexe et de plus en plus difficile. Avec Luc, la communication a toujours été très restreinte, Luc n'utilisant aucun mot. Ses capacités de compréhension, même très limitées, lui avaient permis de prendre part à certaines activités de groupe et d'interagir avec les soignants dans une recherche de contact.

Dans sa demande, l'équipe de soin nous précise que le travail du centre de jour n'a pas pu être particularisé pour cet enfant présentant des troubles aussi spécifiques. Ce dispositif centré sur les médiations et la recherche d'émergences relationnelles n'a malheureusement pas permis de l'aider dans sa structuration.

En lieu et place de progrès cliniques, ce sont des troubles du comportement qui se sont développés : irruption de violence énigmatique, conduites dangereuses à l'égard des soignants comme des enfants,

manifestations qui ont conduit le médecin responsable à suspendre le soin au centre de jour.

Selon sa mère, il ne se montrerait pas violent à la maison. Il semblerait plus à même de se contenir physiquement en sa présence. Toutefois, La naissance d'une petite sœur en 2005, semble être à l'origine de moments de tension à la maison. Il se met par exemple à frapper le sol de la main de façon brusque ou jeter violemment un objet au sol.

L'objectif de l'AFT serait de permettre pour l'équipe de soin un travail de séparation mère / enfant en vue de faciliter une orientation spécialisée avec internat.

En ce sens, un accueil dans notre service constituerait selon l'indication posée un ailleurs autre que la garderie, prémisses d'une séparation pour orientation.

La mère serait favorable à cet accueil même si elle reste convaincue qu'aucun lieu ne peut tenir pour son fils.

Même si le sens d'un AFT apparaît difficile à penser d'emblée, outre le fait de la nécessité de travailler la séparation, la mise en place de cet accueil chez l'une des familles d'accueil du RAFT est envisagé dans un premier temps sur une durée d'une heure trente par semaine.

Le travail avec l'assistante familiale montre pendant les premières semaines un travail d'apprivoisement réciproque qui permet progressivement à Luc de se poser, de se détendre. Le respect d'une certaine distance physique apparaît à ce moment-là nécessaire pour désamorcer la violence de Luc. Puis, des rituels s'installent. Il a l'habitude par exemple de s'allonger sur le canapé en arrivant. Un contact corporel s'établit par l'intermédiaire de massages. De la musique douce accompagne de temps à autres ces échanges. Parfois même il se laisse aller à s'endormir. Ces derniers temps il commence à explorer la maison, à se regarder dans un miroir.

Nous apprendrons au cours d'une synthèse, que la situation au premier abord très critique de Luc est devenue plus stable et apaisée. La mère trouve que son fils va un petit peu mieux.

Nous ne savons pas au jour d'aujourd'hui comment évoluera l'accueil de Luc, mais il semble que cette expérience d'accueil atypique, en plus de constituer une issue, un ailleurs dans la façon d'aborder et de penser cette situation, aura permis de transformer pour la mère, pour l'équipe de soin et pour l'assistante familiale, l'investissement de cet enfant peut-être à travers l'émergence d'un regard humanisant.

Il faut reconnaître que dans notre projet initial nous ne pensions pas accueillir ce type d'enfant, ce qui révèle une utilisation somme toute assez spécifique de notre service. Cependant, nous avons pu être surpris, à maintes reprises des effets thérapeutiques impliqués par ce changement de cadre, nous renvoyant ainsi aux fondements même de notre projet.

Comment un enfant vécu comme épuisant pour les soignants d'un centre de jour peut-il se comporter parfois très différemment chez la famille d'accueil ? Gardons-nous pour autant d'y voir un effet magique « famille d'accueil ». Car si l'AFT n'est rien sans la famille d'accueil, l'AFT déborde largement l'espace de la famille d'accueil. Ces observations doivent nous interroger sur les enjeux thérapeutiques d'un tel dispositif.

Plutôt que de parler d'indication par « défaut », ce qui peut être pensé comme à défaut d'autres choses ou qui ne répond pas de façon spécifique à la situation, nous pourrions parler pour les deux situations que nous avons évoquées d'indications « limites », c'est-à-dire à la limite du cadre des indications inscrit dans notre projet. Nous aurions pu tout aussi bien considérer ces demandes comme ne répondant pas aux objectifs fixés dans notre projet.

Comment penser l'accueil d'un enfant dont le soin principal a été suspendu ou encore quel sens un accueil peut-il avoir lorsqu'il semble répondre, en premier lieu, aux difficultés des parents ? Au regard de l'évolution de ces deux types d'accueil, nous avons à nous interroger sur les conditions qui peuvent rendre ces accueils thérapeutiques.

La pluralité des intervenants, le temps passé à penser le projet d'accueil avec les équipes de soins et avec l'assistante familiale pressentie, le temps consacré par les équipes de soin pour travailler la demande avec les familles sont autant de facteurs qui, combinés entre eux, renouvellent le regard que chacun porte sur l'enfant. En ce sens, la mise en place effective du cadre d'accueil est déjà le résultat de tout un travail de pensée qui entoure l'accueil.

C'est dire que l'introduction de ce nouveau dispositif dans l'ensemble du dispositif de soin n'est pas un simple complément à ce qui est déjà mis en place. Le projet d'accueil va en réalité mobiliser l'ensemble des acteurs et modifier le rôle de chacun auprès de l'enfant. L'AFT n'étant pas une fin en soi, la mise en place de l'accueil sera aussi l'occasion de repenser le projet de l'enfant à plus long terme.

Ainsi, la mise en place du cadre d'accueil marque concrètement, par l'organisation d'un nouveau maillage autour de l'enfant, l'émergence d'un nouvel environnement de pensée, d'un autre regard porté sur l'enfant. C'est cet ensemble et la multiplicité des liens qui le composent dans la durée qui nous semblent être à l'origine de ce qui est thérapeutique dans l'AFT.

Ces éléments nous amènent à penser le fonctionnement de notre service comme un dispositif complexe susceptible de tenir ensemble différents niveaux de réalité hétérogènes :

- A savoir d'une part, l'axe de la demande et de l'indication porté par les équipes de soin et qui suppose d'être tenu pendant toute la durée de l'accueil.

- D'autre part, l'axe concernant davantage le vécu de l'accueil, incarné par les assistantes familiales et qui trouvera un sens spécifique notamment dans le travail de supervision.

- En dernier lieu, un axe institutionnel, c'est-à-dire un axe qui différencie pour mieux articuler ces deux niveaux de réalité.

Cette fonction de tiers et de garant du cadre s'illustre dans le dispositif par le fait que tout changement au niveau des modalités de l'accueil (à la demande des familles, des assistantes familiales, des équipes de soins ou même à l'occasion, des chauffeurs de taxi) doit faire l'objet d'une demande au service, ceci dans le but de protéger le cadre de l'accueil en assurant sa valeur thérapeutique.

En pratique, on s'aperçoit que cette exigence n'est jamais acquise une fois pour toute et doit faire l'objet de rappels réguliers pour défendre et garantir le sens thérapeutique de l'accueil familial pour tous les acteurs engagés dans le soin.

Par ailleurs, l'organisation de synthèses régulières constitue un moment fort de l'accueil et du soin. Il permet de réunir ces différents niveaux de fonctionnement en les dialectisant entre eux et de ressaisir pour chacun le projet de l'enfant. Le temps de la synthèse sera en ce sens un temps d'appropriation collective de la situation de l'enfant et de son devenir.

3 - VERS UNE SPECIFICITE DE L'INDICATION D'AFT :

D'un point de vue général, nous pouvons avancer que le caractère « positif » ou « par défaut » de l'indication dépend, pour une large part, du sens que chacun attribuera à l'AFT pour un enfant et à un moment donné. Il dépend aussi des effets de transformations observées chez l'enfant dans son environnement au cours de l'accueil. Mais attention, une bonne indication insuffisamment portée peut générer parfois plus de difficultés qu'une indication « limite » qui pourra être travaillée.

Même si certaines indications nous apparaissent spécifiques au regard de notre expérience et des moyens que nous pouvons mettre à disposition, le travail de l'indication et l'évaluation de sa pertinence tout au long de l'accueil doit nous faire relativiser l'opposition indication « positive » / indication « par défaut ».

Néanmoins, l'expérience de ces huit années nous permet aujourd'hui d'affiner et de dégager certains aspects spécifiques de l'indication d'AFT en pédo-psychiatrie :

Si l'indication générale concerne les enfants pour qui l'expérience de séparation est susceptible de relancer le processus de développement, de nombreuses demandes concernent des enfants autistes ou TED sortant des hôpitaux de jour et en attente de relais sur le secteur médico-social. Pour ces situations l'AFT peut être investi dans une fonction d'intermédiaire potentiellement transitionnelle permettant d'expérimenter la séparation avec la famille avant de l'envisager sous une forme plus complète à travers l'orientation en établissement médico-éducatif. Ce type de projet permet en outre de soutenir et de relancer le soin tout en soulageant les parents souvent épuisés.

Si l'accueil ne permet pas toujours la mise en évidence de changements importants, il peut trouver un sens minimal dans le maintien des acquisitions et des capacités de l'enfant. Autrement dit, ce dispositif maintiendrait un niveau d'interaction et de stimulation permettant d'éviter le risque d'une régression trop importante ou d'une fixation à un fonctionnement pathologique invalidant.

En revanche, et c'est ce que met en perspective l'accueil de Célestine, les carences affectives liés à des dysfonctionnements familiaux peuvent être largement compensées. L'accueil peut s'inscrire ici non pas comme alternative à l'hospitalisation mais comme alternative à un placement, lequel comporterait un risque de rupture avec le soin et pouvant être vécu par l'enfant comme un abandon.

Sans être pour autant des indications spécifiques, les enfants agités, ayant des troubles du comportement ou ne supportant pas les situations de groupe, peuvent bénéficier grâce à l'AFT, d'un cadre contenant et sécure au sein duquel ils pourront expérimenter une relation duelle parfois exclusive mais souvent structurante.

Dans tous les cas, l'accueil proposé est un accueil séquentiel, organisé sur mesure et pouvant comprendre éventuellement, en fonction des disponibilités des familles d'accueil, des repas et des nuits.

L'accueil séquentiel introduit un rythme spécifique pour l'enfant et assure un cadre de travail permettant à l'assistante maternelle d'être particulièrement disponible pendant toute la durée de l'accueil, ce qui est plus difficile pour un accueil à plein temps. L'accueil séquentiel marque de façon suffisamment régulière, dans son dispositif même, l'enjeu thérapeutique de la séparation.

Enfin, la multiplicité des séquences qui ne répond pas toujours aux demandes des familles permet de distinguer l'AFT d'une simple garde d'enfant.

En conclusion, nous pouvons penser que le montage proposé, au-delà d'une simple mise en adéquation des demandes des équipes de soin avec les moyens d'accueils dont nous disposons, tend surtout à prendre en compte la spécificité des troubles de l'enfant mais aussi celle du contexte social, familial, scolaire dans lequel l'enfant évolue.

Malgré le caractère polymorphe et parfois peu élaboré de certaines demandes qui nous sont adressés, nous avons voulu montrer comment certaines indications « par défaut » peuvent à l'occasion des rencontres préalables à la mise en place de l'accueil ou au cours des synthèses organisées pendant l'accueil être ressaisies et envisagées de façon spécifique.

C'est ce qu'on peut appeler le travail de l'indication lequel se poursuivra tout au long de l'accueil.