

## **L'engagement subjectif de l'accueillant familial : un risque nécessaire**

*Frédérique Debout*

Psychologue

CH Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

Cette présentation s'inscrit dans le cadre plus générale d'une recherche et d'une thèse de doctorat en cours auprès de C. Dejours. Je suis psychologue clinicienne au sein de l'UTAF d'Aulnay sous Bois qui s'occupe de la prise en charge de patients psychotiques adultes à parti d'un dispositif d'AFT.

L'AFT<sup>1</sup>, au premier abord, se raconte comme un conte merveilleux auquel personne [de sensé] ne peut croire : des fous qui vont mieux alors qu'ils sont accueillis chez Mr et Mme Toutlemonde ? C'est presque irréel ! « Je n'y crois pas, tu peux me raconter ce que tu veux sur ton placement mais je n'y crois pas ! » m'a longtemps renvoyé une amie psychanalyste très versée dans les relations parents/enfants.

Jusque dans la clinique même, les codes du conte fonctionnent : il s'agit bien de « faire comme si » l'accueilli appartenait à la famille, de faire « comme s'il pouvait ainsi être guéri » et pour laquelle « tout va bien »... toujours. S'agit-il de ce que Virgine Sadock évoque à propos des puéricultrices en termes d'enjolivement de la réalité ?<sup>2</sup> Mystification du réel ? Ici la vraisemblance a tout autant de poids d'objectivité que l'observation elle-même.

Mais effectivement, si on ne rentre pas dans la matérialité du travail des accueillants familiaux, on en conclut trop vite que si certains accueils se passent bien et permettent au patient confié d'aller mieux, c'est parce que les accueillants sont moralement « bons » alors que les autres sont « mauvais », « vénaux », « maltraitants par nature », plus proche des Ténardiens que de la famille idéale aimante.

Les corpus épistémologiques classiques en AFT (la psychanalyse, la psychiatrie et la sociologie) ne recouvrent que partiellement ce qui peut être dit de ce travail d'accueillant familial justement en raison de l'absence d'une théorie du travail... pour reprendre la distinction classique en ergonomie, on n'a pas accès, à partir strictement de ces champs théoriques là, au « travail réel »<sup>3</sup>. Comme si le soin (et a fortiori en psychiatrie) n'était pas un travail ; comme si ce que font les familles d'accueil, « ce n'est pas du travail... c'est de l'accueil ! ». Manquant d'outils pour penser et caractériser l'action thérapeutique des familles d'accueil, on a tendance soit à la ramener à du « non-travail » c'est-à-dire un « naturel qui se doit d'être naturellement bon », soit à ne le penser qu'à la lumière de la définition du travail

---

<sup>1</sup> Accueil Familial Thérapeutique

<sup>2</sup> « L'enjolivement de la réalité, une défense féminine ? Etude auprès des auxiliaires puéricultrices », *Travailler*, 2003/2, n°10, pp 93-106

<sup>3</sup> En ergonomie, on distingue le travail tel qu'il est prescrit du travail réel c'est-à-dire ce que font réellement les gens au travail, quel engagement subjectif est mobilisé, la manière de faire ce travail etc. je développe un peu plus dans le cours de mon propos ces notions.

thérapeutique soignant hospitalier. Mais cela nous mène alors à une nouvelle impasse consistant à penser les familles d'accueil thérapeutique comme des thérapeutes « sans formation », proches de ce que Freud désignait comme « psychanalyse sauvage »<sup>4</sup>, c'est-à-dire à en faire plus ou moins implicitement, des « sous-thérapeutes » ou des « sous-traitant du soin » sans spécialité.

Alors non, pour être une « bonne famille d'accueil thérapeutique », il ne suffit pas d'être « moralement bon »... il faut travailler. Elles font un travail affectif complexe.

Que les professionnels du soin considèrent l'AFT comme un travail en tant que tel est loin d'être une évidence et pourtant... ce travail difficile, allie « travail maternel et travail familial »<sup>5</sup> et travail soin. Mais pour éclairer mon propos, il me faut faire un petit détour par ce que j'entends par « travail ».

**La définition ici retenue est celle de la psychodynamique du travail créée par C. Dejours. Le travail représente avant tout ce qu'implique le fait de travailler : des gestes, des savoir-faire, un engagement du corps et de la subjectivité, le pouvoir de sentir, réfléchir, penser, inventer etc. travailler, c'est toujours un mode d'engagement de la personnalité pour faire une tâche encadrée par des contraintes sociales et matérielles. La caractéristique majeure du « travailler », c'est que même si l'organisation est rigoureuse, la qualité ne peut être atteinte en suivant scrupuleusement les prescriptions. Il n'y a pas de travail de pure exécution. On parle de travail prescrit et de travail réel. Travailler, c'est combler cet écart qui ne peut jamais être prévu à l'avance. Tout « bon travail » ne peut se faire sans une implication subjective des agents. On met toujours de soi dans ce que l'on fait, quand on travaille, on s'engage « corps et âme ». En ce sens, le travail ne se limite ni à l'emploi ni au métier mais représente l'engagement subjectif (psychique et corporel donc) dans une tâche encadrée par des contraintes matérielles, sociales et économiques. Dès qu'on se met au travail, on prend donc un risque subjectif. Un risque pour sa santé mais un risque nécessaire car le travail peut faire santé. Ne pas travailler a des conséquences bien pires sur la santé que de travailler !**

Pour travailler, et a fortiori pour faire du bon travail, on s'engage subjectivement beaucoup. On met beaucoup de soi dans ce qu'on fait et c'est grâce à cet engagement subjectif important que le travail joue un rôle capital dans l'économie de la santé (physique et mentale). C'est parce qu'on s'engage dans ce qu'on fait qu'on est touché par ce que les autres peuvent en dire, ou ne pas en dire. C'est en raison de cet engagement que le travail conduit soit à l'épanouissement de soi, le gain subjectif et identitaire, soit qu'il peut avoir des conséquences délétères, voir graves pour la santé. Comprendre comment le travail permet de lutter contre la maladie et comment il permet de « faire santé » nous engagerait dans des développements trop importants.

Retenons juste que la question de l'engagement subjectif des accueillants familiaux est une question centrale car elle permet de saisir comment la dynamique thérapeutique de l'AFT pour patients psychotiques adultes fonctionne selon moi. C'est ce que je vais esquisser ici très brièvement.

---

<sup>4</sup> Au mieux, ces savoirs faire ont été caractérisés de « thérapeutiques profanes » (Pierre Sans).

<sup>5</sup> Je ne caractériserai pas ici ce travail même s'il représente une grosse partie de l'élaboration théorique de la thèse.

On dit désormais « accueillant familial » et non plus « famille d'accueil ». Il me semble pourtant que cet intitulé était plus exacte au regard de ce qui était demandé à ces professionnels. Certes une personne est payée et embauchée par l'hôpital – juridiquement c'est donc elle qui est au travail- mais en fait, il s'agit plutôt d'une famille qui est au travail avec le patient. C'est l'ensemble du groupe familial qui est engagé.

Les prescriptions de travail qui leur sont faites sont ambiguës : d'un côté, on leur dit de vivre normalement et qu'elles sont payées pour cela – on insiste même beaucoup sur l'interdiction d'interpréter le comportement du patient ou encore de se positionner comme thérapeute auprès de lui- et en même temps, on leur demande de faire de leur foyer de vie un espace thérapeutique. Ce travail se fait au domicile et met en œuvre la collaboration de l'ensemble des membres de la famille et même des amis, du groupe social dans lequel la famille d'accueil est insérée. Même si l'interlocuteur de l'UTAFa est la personne embauchée et rémunérée par l'hôpital, cette dernière s'appuie tous les jours dans l'interaction avec le patient sur d'autres et notamment son conjoint. Ainsi le travail prescrit à l'accueillant familial se fait dans la coopération avec les membres de l'organisation domestique. La spécificité de travailler au domicile, 24 heures sur 24 implique la mise au travail des autres personnes vivant au foyer même si ce travail là n'est ni reconnu ni rémunéré. Le travail des familles d'accueil semble pousser à son paroxysme l'infiltration de la sphère professionnelle dans la sphère privée. Alors comment savoir si, en tant que soignant hospitalier, on ne va parfois pas trop loin dans les prescriptions faites aux familles d'accueil ?

La description du travail des familles d'accueil ne se laisse saisir qu'en « négatif » par rapport à d'autres prescriptions de métier avec lesquels il partage certains aspects : le travail des infirmiers en premier lieu mais aussi le travail hôtelier, le travail domestique, le travail éducatif, le travail des assistantes maternelles. Aucune prescription propre n'apparaît spontanément. A la difficulté de parler de son propre travail se rajoute pour ces familles d'accueil la difficulté de dire ce qu'on attend d'elle. Quoi de plus singulier comme consigne de travail que de dire « vivez comme d'habitude mais en intégrant un patient psychotique dans votre quotidien et votre famille »... la prescription de travail pourrait alors se dire autrement : « vivez avec un psychotique chez vous ! » ce qui aboutit au fait de faire du domicile de la famille et la sphère du privé le lieu de travail, de faire de la vie quotidienne, de la vie privée l'activité de travail. C'est à mon sens la plus grande particularité du travail des familles d'accueil ; la dimension la plus originale mais aussi celle qui pose le plus de questions... A la différence de l'éducateur qui accompagne dans la recherche d'une plus grande autonomie au quotidien mais sur le lieu de vie du patient et non le sien, la famille d'accueil au contraire intègre le patient professionnalisant ainsi sa sphère privée.

Même si elles ne sont pas clairement édictées, on peut tout de même faire une liste des prescriptions de travail : « intégrer le patient à sa famille », « fournir au patient un cadre de vie chaleureux », « assurer la continuité des soins du patient, lui administrer son traitement quand il n'est pas injectable », « prendre en charge l'hygiène du patient et veiller à ce qu'il ait ce qui lui faut (produits d'hygiène, vêtements), « autonomiser le patient », « socialiser le patient ».

On peut alors les regrouper en trois grands domaines : « intégrer le patient à son foyer et le garder », « prendre soin et prendre en charge » et enfin, « soigner, traiter, autonomiser et amener le patient vers autre chose ».

Le travail prescrit ne se compose pas de consignes de travail et d'une fiche de poste. Elles peuvent saisir ce que l'on attend d'elles quand elles nous « racontent comment cela se passe chez elle », comment se passe la vie avec le patient et que nous leur demandons de modifier leur façon de faire et parfois leur manière de vivre ensemble. L'équipe hospitalière dédiée travaille donc quant à elle, à partir d'une histoire construite ailleurs (dans un lieu non institutionnel, autre, le domicile de la famille d'accueil), racontée et reconstruite à l'hôpital (par le travail institutionnel). On leur demande de modifier leur façon d'être et de vivre (parfois de manière quasi insensible) en fonction du patient. L'idée est de trouver le « compromis » entre le patient et la manière de vivre de la famille d'accueil. C'est ce compromis qui bouge sans cesse, qui connaît des ajustements constants. Le naturel n'est pas prescrit mais il subit des ajustements en fonction des nécessités du placement et des ambitions thérapeutiques formulées pour le patient placé. Le travail des familles d'accueil consiste donc en la modification et la plasticité constante du vivre ensemble quotidien. Il ne peut donc pas être sans conséquences sur les autres membres de la famille et leur propre manière de vivre avec l'autre. Le travail s'apprend « en marchant » c'est-à-dire en pratiquant, en allant au fur et à mesure que des difficultés apparaissent dans le quotidien. D'ailleurs, si la famille d'accueil et le patient se sont entendus de manière implicite concernant certaines règles du vivre ensemble, il n'y a pas besoin de prescriptions émanant de l'UTAF (comme par exemple concernant l'heure du coucher du patient). Il ne se laisse pas décrire sous forme de consignes mais plutôt dans un vide descriptif que des limites et des interdits, formulés en entretien ou lors des VAD et en raison d'une difficulté rencontrée dans le quotidien, viennent progressivement délimiter.

Vivre ensemble, c'est non seulement vivre sous le même toit mais c'est surtout partager du temps, des activités et participer sur le mode de la coopération à la vie du foyer et aux tâches domestiques. Un « bon » accueil thérapeutique, ce n'est pas juste louer une chambre, c'est surtout donner sa place à un sujet dans un groupe familial et lui transmettre des valeurs. Cela passe notamment par le partage et la mise en place de « routines » dans la vie quotidienne. Cette routine ne débouche pas nécessairement sur une autonomisation du patient, redoublant ainsi l'aliénation (le patient effectuerait les tâches et activités quotidiennes non pour lui mais pour la famille d'accueil ou pour son infirmière référente). Alors comment ces prises en charge s'appuyant sur la répétition peuvent-elles contribuer à l'émancipation de nos patients de leur psychose ? A partir du constat clinique que cela fonctionne et que des patients peuvent s'insérer dans une vie ordinaire et « lâcher leur psychose », je formulerai l'hypothèse que la ritualisation du patient constitue la base de leur autonomisation qui ne peut devenir effective qu'à partir du moment où le patient peut **prendre du plaisir** à faire de lui mêmes les gestes du quotidien. Il ne suffit pas de les mettre sur des rails... il faut encore que les patients veuillent y rester... L'autonomie naîtrait des habitudes, elles-mêmes fruit du plaisir pris dans l'activité ritualisée.

Cette dynamique du plaisir serait ici trop longue à expliciter car elle devrait s'appuyer sur le développement d'une théorie du corps. Retenons simplement qu'elle passe par le corps, par l'implication corporelle de l'accueillant familial et du patient, dans une relation prolongée et opiniâtre avec la tâche. C'est-à-dire qu'elle a besoin de temps (subjectif) pour pouvoir se déployer. Un temps non prescrit, vivant, dynamique et qui naît dans l'intersubjectivité.

Corollaire à l'intégration des patients au sein de leur foyer et de leur famille, est prescrit aux familles d'accueil une forme de **lien affectif** et d'**attachement**. **L'attachement ne serait**

**donc pas naturel mais le fruit d'un travail.** Il leur est demandé de « faire preuve de chaleur humaine » et donc d'établir un lien affectif avec les patients qui leur sont confiés. L'affect se trouve ici l'objet d'une prescription de travail (et d'une prescription médicale !) pour le moins ambivalente : S'attacher mais pas trop ! Toutes les familles d'accueil conviennent du fait qu'on ne peut pas faire ce travail sans s'attacher au patient. Toutefois, il faut garder présent à l'esprit que cela est un travail et donc garder une certaine distance affective avec le patient. Sans cette distance interne, la famille d'accueil n'est pas au travail mais uniquement dans la relation affective. C'est également cette distance interne qui leur permet de travailler et de tenir au travail. L'« attachement tempéré<sup>6</sup> » que cette distance interne permet constitue la marque du « bon boulot » : s'attacher au patient et donc lui prodiguer la chaleur humaine prescrite tout en se protégeant à la fois de cet impact affectif, de la souffrance au travail générée par l'organisation du travail et des symptômes présentés par le patient (notamment la dimension chronique des troubles contraignant à des répétitions quotidiennes). Un bon placement (et donc un bon boulot), c'est un placement qui dure. Cet « attachement tempéré » contribue à stabiliser et pérenniser le placement...<sup>7</sup>

Mais cet attachement affectif, favorisé par (et en même temps sous-tendant) le « vivre ensemble quotidien » ne va pas de soi et repose sur un travail psychique complexe, un maniement particulier de l'affect, le « comme si ». Il ne s'agit pas de « faire semblant de ressentir » ce qui serait de l'ordre de la tromperie ou du mensonge. Ces familles d'accueil ne simulent pas leur attachement affectif pour leur patient. Mais il s'agit là d'un affect particulier, servant le travail bien fait, protecteur de la subjectivité de l'accueillant et de l'équilibre familial potentiellement destabilisés par la rencontre avec l'angoisse psychotique.

Pour pouvoir travailler, ces familles d'accueil doivent « faire comme si » le patient confié est « de la famille ». L'identification de la personne confiée est ambivalente : elle n'est plus un patient mais doit toujours continuer à l'être, sans quoi l'accueil perdrait sa dimension thérapeutique. Ce n'est donc pas de l'ordre du déni mais de la dénégation de la maladie. Le patient est psychotique mais pour pouvoir vivre avec lui, elles doivent faire comme s'il était normal... tout en gardant en tête qu'il est porteur d'un handicap modifiant l'économie relationnelle dans laquelle il prend place. Elles doivent donc s'attacher... mais pas trop. Elles doivent être professionnelles... mais pas trop... Elles doivent vivre avec un adulte psychotique mais sans le voir comme tel. Elles doivent travailler mais tout en faisant cela dans leur vie privée. Elles doivent appliquer des consignes mais pouvoir s'en détacher avec « bon sens »... Si l'UTAFa remplit un rôle d'autorité stabilisant les patients au domicile, les familles d'accueil le font également. Mais pour cela, les patients doivent leur reconnaître cette forme d'autorité. L'autorité que peuvent avoir les familles d'accueil sur les patients, même si elle est déléguée par l'UTAFa, ne peut exister que par la reconnaissance qui en est faite par les patients eux-mêmes et par leur coopération au projet de soin qui s'élabore déjà lors des entretiens de préparation. L'autorité se soutient d'un processus de coopération actif mis en œuvre par ceux qui y consentent<sup>8</sup>. Une simple soumission à un pouvoir, à un ordre n'explique pas cette collaboration des patients et la légitimité qu'ils accordent à l'autorité des familles

---

<sup>6</sup> Je pose comme hypothèse que cet attachement tempéré tient à une stratégie défensive s'appliquant à « faire comme si ».

<sup>7</sup> et leur rémunération en dépend d'ailleurs !

<sup>8</sup> Ce qu'en PDT, on appelle la coopération transverse (à distinguer de la coopération verticale « avec la hiérarchie » et de la coopération horizontale « avec les pairs et les collègues »).

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

*L'engagement subjectif de l'accueillant familial – F. Debout*

d'accueil. Il faut lui adjoindre nécessairement ce lien affectif tissé entre eux et la volonté « que ça tienne ».

La famille d'accueil ne « rejoue pas une famille saine réparatrice » mais constitue un groupe familial autre, avec lequel le patient doit établir des liens de coopération. Ces liens deviennent possibles par la moindre charge affective qu'ils soutiennent par rapport à ceux existant avec la famille d'origine. A partir des soins apportés au corps des patients psychotiques pris en charge (rythmes veille/sommeil, alimentation, hygiène etc.), ces liens permettent un travail intrapsychique consistant en une reprise de la dynamique narcissique et identitaire.