

Un "étranger familial" : penser le paradoxe en Accueil Familial Thérapeutique

Après des années de fonctionnement, dans un cadre bien posé et bien repéré, un cadre sécurisant pour notre pratique, nous avons eu l'occasion de nous lancer dans une nouvelle expérience au travers d'un rapprochement avec le Conseil général (ASE). Nous avons signé une convention, qui est venue réinterroger certains aspects de notre dispositif. N'existerait-il pas un paradoxe dans ce rapprochement de l'accueil thérapeutique et de l'accueil social ?

Je voudrais tout d'abord resituer rapidement notre dispositif.

Notre service, le RAFT, Relais Accueil Familial Thérapeutique, existe depuis maintenant 12 ans. Il comprend une petite équipe pluridisciplinaire (médecin, psychiatre, assistante sociale) et des assistants familiaux, actuellement 9 salariés du Vinatier et pour l'instant une en convention avec l'ASE (à terme, elles seront trois). Nous accueillons aujourd'hui 22 enfants et adolescents de 0 à 18 ans, le plus souvent pour des pathologies graves (autisme, Troubles envahissants du développement TED, gros retard de développement...).

Les indications sont posées le plus souvent par le médecin référent de l'enfant mais aussi le psychologue consultant sur le secteur d'origine, au même titre que n'importe quel autre soin ambulatoire ou institutionnel, avec un contrat d'accueil signé par toutes les parties définissant les modalités pratiques, dans une logique d'intégration et d'articulation au dispositif existant.

Ce contrat permet une élaboration du projet d'accueil, afin qu'il fasse sens pour tous les acteurs de l'accueil.

Les assistants familiaux suivent une formation et une supervision groupale régulière et obligatoire, à raison de deux demi-journées par mois.

Lors de **l'élaboration de ce projet**, nous avons prévu la possibilité d'un travail avec des familles d'accueil de l'aide à l'enfance (ASE). Ce versant a été laissé de côté pendant plusieurs années, mais la difficulté majeure de recruter des familles acceptant l'accueil d'adolescents à relancer cette possibilité. Une réflexion entre nos deux institutions a permis d'établir une convention que je vais brièvement vous décrire.

Il est fréquent que des adolescents confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) présentent des troubles psychiques et nécessitent donc un suivi médical approprié. Ils ont souvent connu des placements de type collectif (foyers, mecs, ...), parfois mal adaptés. L'accueil familial répond alors mieux à leur besoin en permettant une prise en charge plus individualisée. En même temps, ils suscitent parfois des réticences du fait de la pathologie. L'idée est de proposer que des familles d'accueil social bénéficient de l'encadrement de notre service.

Ainsi, le Conseil Général recrute des assistants familiaux qu'il spécialise dans l'accueil de ces adolescents en grandes difficultés. Ces familles sont ensuite intégrées dans le dispositif du RAFT où elles bénéficient de la même formation et du même suivi que les assistants familiaux de notre service. Cette convention s'applique à des mineurs de 12 à 17 ans, confiés à l'ASE dans le cadre d'une décision judiciaire ou administrative et qui bénéficient par ailleurs d'un soin dans notre pôle de pédopsychiatrie.

Dans ce cadre, l'indication d'accueil familial relève à la fois de l'évaluation sociale de l'ASE et de l'évaluation médicale, avec une modularité fonction des modalités des prise en charge respectives de l'adolescent, ce qui nécessite une connaissance approfondie par chaque institution de la situation de l'adolescent.

Un protocole d'accueil personnalisé est signé entre les différents intervenants (assistant familial, service de soin, RAFT, responsable de l'ASE).

Cette nouvelle expérience dans l'histoire de notre service n'a pas manqué de faire naître des nouvelles interrogations, de nouveaux enjeux, venant parfois secouer des certitudes sur le cadre que nous avons construit, sur le modèle qui nous a permis de travailler de manière suffisamment efficace afin que les accueils mis en place prennent du sens et de la pertinence.

Je vais m'arrêter sur quelques uns des ces questionnements, concernant notamment :

- la question institutionnelle et interinstitutionnelle
- Les nouveaux interstices induits
- L'identité des familles d'accueil
- Et la fonction soignante de ce dispositif

Avant cela, je vais vous présenter une courte vignette clinique.

David est un adolescent psychotique depuis l'enfance, ayant passé des années en hôpital de jour et en IME. Il est l'enfant unique d'un couple très précaire, la mère souffre d'une pathologie psychotique avec un long parcours psychiatrique.

Arrivé dans le tumulte pulsionnel de l'adolescence, les troubles du comportement de David se sont aggravés de manière magistrale. Un placement dans un foyer montre très rapidement ses limites. Il est alors hospitalisé dans l'une de mes unités pour adolescents.

(A ajouter : quelques mots sur l'hospitalisation)

Pendant de long mois, nous étions dans une situation où ses troubles étaient d'une telle intensité, que plus personne ne pouvait l'imaginer à l'extérieur. Progressivement, nous nous sommes confrontés à une impasse dans l'orientation. L'hôpital devenait son lieu de vie.

Néanmoins, au prix d'un travail institutionnel et interinstitutionnel long et complexe, une plus grande stabilité de David a permis de penser à nouveau la nécessité de trouver un ailleurs, ce qui s'avère toujours une rude tâche après une longue hospitalisation. L'indication d'une famille d'accueil est apparue la plus pertinente. Cependant, trouver une famille d'accueil social acceptant d'accueillir un adolescent en provenance de l'hôpital psychiatrique n'a pas été vraiment fructueux.

Venant de signer notre convention, l'ASE propose alors une famille qui vient de poser candidature dans leur service. Cette famille connaît l'hôpital psychiatrique pour y avoir travaillé un temps. Lors d'une première rencontre où nous attendions cette famille pour lui présenter notre dispositif et évaluer sa capacité et ses possibilités d'engagement avec nous, nous nous sommes aperçus que les services sociaux avaient déjà finalisé l'accueil. Nous avons vu arriver une quinzaine de personnes : la famille recrutée, les responsables du CG avec lesquels nous avons construit cette convention, les responsables éducatifs de David et les responsables de l'UT de la possible famille d'accueil.

Alors que nous avons pensé construire progressivement cet accueil, de co-crée un cadre spécifique, le CG l'avait déjà décidé et protocolisé, non pas dans un désir omnipotent, mais au contraire dans le souci de bien faire et de répondre au plus vite à la situation de ce jeune garçon.

La mise en place de cet accueil pose d'emblée **des questions institutionnelles**.

Jean Claude Cebula évoque deux fonctions dans le processus d'accueil, la fonction de création et la fonction d'accompagnement. La seconde, la fonction d'accompagnement, notion peut-être plus pertinente que celle de suivi qui peut renvoyer au contrôle, à la surveillance, s'appuie sur une attitude ou un positionnement à construire dans le travail quotidien. C'est la formation et la supervision régulière des assistants familiaux.

La première, la fonction de création, est un processus qui va permettre lors des rencontres initiales, une mise au travail des présentations des futurs accueillants, afin de les aider à mentaliser les ressources qu'ils peuvent mettre à disposition d'un accueilli. C'est la transformation de la demande d'une personne qui souhaite pratiquer l'accueil en une représentation de fonction attendue par l'équipe qui propose un accueil.

Dans le cas de David, le processus de la première étape n'a pas eu lieu. L'assistante familiale a mis beaucoup de temps à comprendre les attentes de chacun, à se situer dans son travail, à savoir à qui référer de quoi.

C'est peut-être que nous n'avions pas suffisamment pensé les enveloppes institutionnelles en amont. Il existe diverses manières de définir une institution. Le mot vient du latin *institulo* (institer, établir) et désigne une structure faite d'un ensemble de règles tournée vers une fin, qui participe à organiser quelque chose (un état, une société, ...). Cela renvoie à des cadres. Il y a une définition que j'aime bien : une institution est une structure organisée où les liens entre les personnes génèrent suffisamment de sens pour produire des effets symboligènes sur les individus. Cela renvoie cette fois à des enveloppes. Dans notre discipline, on parle beaucoup d'enveloppe psychique, qui est avant tout une *fonction*, assurée par un certain nombre de processus.

Une enveloppe a une fonction de *contenance*, qui consiste à contenir et à transformer. Transposée dans un sens institutionnel, une enveloppe, c'est aussi espace pour parler, échanger, travailler les fantasmes inhérents à cette fonction.

Dans cette première rencontre où finalement il a été question directement des modalités de l'accueil, dans sa dimension protocolisée, la fonction de contenance au sens d'un lieu de symbolisation n'a pas été à l'œuvre.

En fait, nous avons été dans la juxtaposition de plusieurs institutions, ayant chacune leur propre représentation de l'accueil de cet adolescent. Les responsables du CG visaient la mise en place de la première concrétisation de cette convention annoncée dans toutes les instances administratives comme un procédé novateur : l'AS de David trouvait enfin un lieu de placement et pouvait donc répondre à l'ordonnance du juge, l'AS de la famille d'accueil, et nous, pensions au processus de soin, dans un modèle qu'il nous rassure de penser bien rodé. Vous vous apercevrez vite qu'il manquait deux protagonistes : David et ses parents.

Le travail institutionnel ne consiste pas à se réunir pour que chacun parle de qu'il fait ou imagine qu'il fait avec un adolescent, c'est-à-dire de juxtaposer des enveloppes, et encore moins de les faire fusionner. Il s'agit pour moi de co-construire une prise en charge. Ici, et c'est le cas souvent, chaque institution est venue avec sa propre enveloppe et n'a pas laissé la possibilité de sortir de son enveloppe, pour aller explorer les interstices entre ces enveloppes. Cela s'est traduit par un inconfort pendant longtemps de l'assistante familiale.

Cette difficulté aurait pu mettre l'accueil en péril. Je ne vous cache pas que cette famille a été du coup, pour un temps, dans une situation inconfortable, ayant du mal à repérer à qui elle devait référer quoi. Mais finalement, c'est dans ces zones de flous, que nous avons été contraints à réfléchir à des adaptations progressives du dispositif. La qualité de la famille d'accueil, sa capacité relationnelle, sa fiabilité et sa disposition à transformer ces flous en un espace de création, a permis une réussite de la prise en charge de David. L'accueil perdure depuis deux ans, il est bientôt majeur. Il est dans un ITEP et investit une formation. La psychose est toujours à l'œuvre bien sûr, mais il a vraisemblablement acquis une bien meilleure sécurité interne.

Cela m'amène à parler des **interstices**. Un vieux monsieur m'avait dit un jour : « L'art de la mécanique tient dans le jeu possible entre les pièces, si c'est trop serré ou trop lâche, ça ne marche pas ».

Travailler à plusieurs institutions nécessite qu'il existe un certain jeu possible dans les entre-deux. On peut faire une analogie avec les tissus animaux : les cellules baignent dans un liquide interstitiel, lieu d'échange extrêmement complexe et indispensable au fonctionnement cellulaire. Penser, réfléchir sur les espaces interstitiels est important et nécessaire afin qu'ils prennent leur dimension d'étagage des divers espaces et diverses enveloppes organisés. En même temps, il y a un paradoxe, car si on cherche à organiser les interstices d'une manière trop structurée, on leur donne une enveloppe propre, en l'intérieur de celle de l'institution et du coup, l'interstice perd de sa réalité et avec, cette fonction d'étagage.

La question des interstices est constamment présente dans l'accueil familial thérapeutique. C'en est même une richesse. Les enfants et adolescents y circulent beaucoup, notamment lors des trajets entre les différents lieux, mais aussi les assistantes familiales : elles se rencontrent dans les locaux du service, se voient parfois en dehors et partagent même pour certaines des sorties avec les enfants accueillis. Il y a aussi les échanges téléphoniques avec l'équipe au sujet de multiples aspects pratiques du quotidien. On pourrait trouver bien d'autres exemples. Ces moments d'échanges sont autant d'espace de transformation psychique du matériel relationnel, du matériel clinique pourrions-nous dire dans notre jargon, avant de les mettre au travail dans les espaces plus institués que sont les supervisions, les synthèses....

Pourtant, les interstices peuvent être fréquemment l'objet d'attaques. Jean FURTOS, qui interviendra demain, en parlera peut-être. Il évoque trois grandes origines aux attaques des interstices :

- Le management actuel, de plus en plus vertical avec des hiérarchies parallèles, au détriment de l'horizontalité, visant à limiter les articulations pourtant paradoxalement demandées (n'y aurait-il pas parfois quelque chose de l'ordre du double lien ?).

- Un deuxième type d'attaque, qui découle du premier, est représenté par les aspects procéduraux. Les procédures, c'est-à-dire ce qu'on doit faire devant tel ou tel évènement, doivent être écrites. Il en faut, c'est nécessaire, par exemple pour les urgences. Mais si la pratique se réduit aux procédures, on est dans le registre de l'obsessionnalité. Les procédures ne doivent amener à éviter de penser, dans nos métiers, il y a une part de création permanente dans le lien et le soin à nos patients. Bion disait qu' "*Il est très difficile de savoir que faire, quand on n'a pas de temps pour penser*". Les procédures peuvent aller à l'encontre de l'interstice. Dans la situation de David, il y a eu un temps, l'illusion que tout était prévu dans la convention, que tout était carré, on avait un patient, une famille, et un cadre. Heureusement, la réalité de ce qui est vivant impose de la nuance.

- Une autre manière encore d'attaquer l'interstice est la fétichisation du cadre. Le cadre doit rester un outil pour penser et non pas la finalité de la pensée. Ce n'est pas l'apanage des techniques dites modernes de management.

Jean FURTOS, pour le citer encore, définit la notion d'espace interstitiel comme un espace où il n'y a apparemment pas de porte symbolique, c'est-à-dire un espace où il n'y a pas de règle fondamentale, pas de règlement intérieur, ni de règles fondamentales. C'est un espace non institué où il peut y avoir des habitudes et des improvisations.

Cette notion d'interstice implique qu'il y existe un niveau supérieur d'enveloppe, celle qui est instituée par la hiérarchie. Ici, c'est la signature d'une convention entre deux institutions, l'hôpital et le Conseil général.

Cette collaboration entre nos deux institutions nous a également interrogés sur la question de l'**identité** des familles d'accueil. Finalement, dans notre processus, qu'est-ce qui différencie l'action d'une famille d'accueil thérapeutique de celle d'une famille dite d'accueil social ?

A première vue, elles sont instituées de manières différentes. En fait, ce n'est pas si net. La situation est un peu différente de ce qui se passe pour les familles thérapeutiques qui accueillent des adultes. Du fait de la législation concernant l'accueil d'enfants mineurs, toutes les assistantes familiales

recrutées et financées par l'hôpital ont un lien au Conseil Général, seul organisme habilité à délivrer un agrément d'assistante maternelle, premier agrément indispensable. Cela induit une question d'identité du fait de cette double référence du statut des assistantes familiales, qui les inscrit pour une part dans un lien avec les services de protection de l'enfance et pour une autre, dans un lien avec l'employeur, à savoir l'hôpital du Vinatier, chargé d'assurer par le dispositif du RAFT, la fonction thérapeutique de ce type d'accueil. Nos familles (excusez le « nos », c'est surtout en référence avec la convivialité que nous tentons d'instaurer) tiennent particulièrement à leur fonction thérapeutique, elles le revendiquent, le mettent particulièrement en avant lors de leur formation initiale dans le cadre du Conseil général. Cette problématique de l'identité, qu'elle soit institutionnelle, professionnelle ou encore statutaire renvoie à une série d'ambiguïtés voire à des paradoxes qui s'avèrent après réflexion particulièrement féconds, ce qui nous invite à réfléchir sur les enjeux thérapeutiques de ce dispositif (Yoann).

Avec cette convention, le risque qu'on avait en tête était que les deux « types » coexistent sans se rencontrer réellement. En fait, ce qui les distingue est beaucoup plus du côté pratico-pratique que véritablement théorique. Les familles au « statut RAFT » accueillent surtout des enfants, souvent plus jeunes, sur des séquences courtes (quelques heures plusieurs fois par semaine, alors que les familles « au statut conventionnel » accueillent des adolescents, placés sur décision administrative ou de justice, sur des temps plus conséquents voire à temps plein.

En fait, nos deux types de familles s'enrichissent mutuellement de leur expérience, elles sont dans le co-étayage.

En fin de compte, comme le dit Pierre SANS, il y a un paradoxe de former des assistantes maternelles tout en sachant que lors de leur recrutement, c'est leur personnalité, leurs aspirations, leur capacité d'accueillir l'autre, leur xénophilie, terme qui définit la sympathie envers ce qui est étranger, le désir de rencontre avec l'autre, et non pas un désir de réparation par l'apitoiement ou une satisfaction narcissique de l'aide de l'autre.

Cette distinction entre ces deux types de famille, distinction qui finalement n'apparaît pas si pertinente, m'amène pour terminer sur une question récurrente, celle **de savoir ce qui est soignant** dans l'AFT. Ce thème qui revient sous des formulations diverses, a également à voir avec la question de notre identité. De par nos études, nos formations et nos fonctions, les institutions qui nous emploient, nous sommes institués soignants, sans qu'il y ait véritablement une réflexion sur ce que cela signifie. Peut-être que c'est une manière d'éviter une remise en question identitaire.

Définir le soin reste complexe. Dans leur récent livre au sujet des médiations, Daniel MARCELLI et Nicole CATHELIN nous enjoignent à distinguer « soigneusement » le soin et le traitement.

Au cours des siècles passés, le soin était le fait de se soucier de quelqu'un, de s'intéresser à lui, avec l'idée de veiller sur quelque chose ou quelqu'un. Ce sens reste présent : prendre soin des ses affaires... Il y a ici un sens de souci, d'inquiétude, c'est une disposition d'esprit. Au 17^{ème}, le mot a même pris un temps un sens galant, avec l'idée de faire plaisir, cela reste avec l'expression : « être aux petits soins ». Ce n'est qu'au 18^{ème} siècle que le mot « soin » prend le sens qu'on lui connaît aujourd'hui : « s'occuper de la santé de quelqu'un ».

C'est différent du traitement. Ce mot dérive du latin *tractare, tractum, trahere*, qui avait initialement le sens de traîner (traiter ?) violemment. Le traitement, c'est l'action de faire disparaître un symptôme, une maladie, avec l'idée d'éradiquer, d'extraire, de faire disparaître, d'extirper la cause pathogène.

A l'inverse, le soin s'adresse à la globalité de la personne. Il a la vocation une reprise du processus de santé (?) à restituer au sujet sa capacité à prendre soin de lui-même, à se prendre lui-même comme objet de soin.

10^{ème} Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012
Dr Thierry Rochet - Un « étranger familial » : Penser le paradoxe en AFT.

On voit combien c'est un enjeu de la psychiatrie. Dans ce champ, ce qui définit une maladie est souvent une affaire de consensus. Si on prend l'exemple d'un enfant qui présente un retard du développement, pendant longtemps, avant la naissance de la pédopsychiatrie, un enfant de ce type était un enfant à éduquer. La préoccupation des professionnels étaient de trouver des méthodes pédagogiques. Je renvoie à des auteurs comme Piaget, Itard... L'apport psychodynamique qui a contribué à la naissance de la pédopsychiatrie est venu replacer l'individu dans sa globalité. D'ailleurs, le débat revient avec force, notamment avec la question de l'autisme, que certains voudraient ne voir que du côté du handicap, qui ne relèverait que de techniques de rééducations. Il m'apparaît évident, aussi bien sur un plan intellectuel que pratique, que ces deux notions de soin et de traitement sont éminemment complémentaires.

Du coup, dans cette acception, le soin n'est pas uniquement du registre médical. Finalement, c'est ce qu'on demande à nos assistantes familiales, qu'elles soient employées par l'hôpital ou par le conseil général, c'est accueillir une personne dans sa totalité, sa différence. Et ça, c'est déjà beaucoup au regard de la pathologie des enfants que nous leur confions.

Ce qui nous appartient à nous, du côté des soignants professionnels, c'est la mise en œuvre d'une cohérence, d'induire un processus, que l'on peut nommer thérapeutique, afin de donner une légitimité à l'accueil du côté du soin.

Je vous remercie de votre attention.

Dr Thierry Rochet,
RAFT - CH Le Vinatier - Bron