

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

1 INTRODUCTION

Le dispositif d'AFT présente des particularités qui impliquent de faire coexister des logiques différentes, hétérogènes, parfois contradictoires. Si ces particularités mettent à l'épreuve nos représentations du soin, elles invitent également à réfléchir sur les conditions d'harmonisation des aspects qui le constituent, ce qui revient à penser ou plutôt, comme l'a maintes fois suggéré Winnicott, à « tolérer » le paradoxe auquel nous confronte la pratique de l'AFT.

Si les pratiques de l'AFT sont diverses et variées, n'est-il pas néanmoins envisageable de dégager un socle ou un référentiel commun nous permettant de repérer plus finement le ou les processus en jeu ?

Au fond, l'argument du congrès et les différents thèmes de travail proposés apparaissent probablement comme autant d'axes permettant d'aborder la même question en la formulant à chaque fois différemment, à savoir qu'est-ce qui est thérapeutique dans nos dispositifs, qu'est-ce qui permet de penser l'AFT comme un soin au même titre qu'un soin en CMP ou en centre de Jour mais avec ses spécificités propres ?

La question de l'interface entre le registre de l'intime et de l'institutionnel, de l'identité, des interstices, de l'inquiétante étrangeté met l'accent sur le caractère pluriel des espaces sur lesquels nous travaillons (espaces psychiques, espaces institutionnels, espaces familial, de soin) ainsi que sur le travail de mise en articulation ou de mise en lien de ces espaces.

Aborder cette problématique sous l'angle du paradoxe peut nous amener dès lors à commencer à déconstruire ce qui fait que « ça marche », à déconstruire ce qui nous apparaît comme naturel, évident.

Quoi de plus naturel en effet que de proposer un accueil familial à des enfants ou des adultes qui souffrent psychiquement dans leur identité, entendons par là autant dans le rapport qu'ils ont à eux-mêmes que dans le rapport au monde qui les entoure ?

Mais alors pour quelles raisons nous faut-il parler de soin, d'Accueil Familial « Thérapeutique », pour soutenir un projet au demeurant plein de bon sens. D'ailleurs, ne mettons-nous pas suffisamment en garde les familles à ce propos, en attendant d'elles qu'elles soient le plus naturel dans les relations qu'elles entretiennent avec la personne accueillie ? Par ailleurs, de quelle insuffisance le soin psychique en institution serait-il marqué pour que nous recourions à ce type de dispositif « naturel », autrement dit à un soin chez des non-soignants ? Penser un soin chez des non-soignants nous enjoint-il à renoncer à notre idéal soignant, à l'idée même qu'en psychiatrie nous pourrions tout soigner ?

2 LE PARADOXE

Ces questions nous amènent à penser l'AFT quel que soit la forme ou l'environnement institutionnel dans lequel il s'inscrit comme un dispositif traversé par la question du paradoxe ; mieux, le paradoxe apparaît comme l'arête vive de son processus, le point autour duquel s'organise son projet.

P.-C. Racamier définit le paradoxe comme « une formation psychique liant indissociablement entre elles et renvoyant l'une à l'autre deux propositions, ou injonctions, inconciliables et cependant non opposables. » Cette définition renvoie à l'idée que le paradoxe combine au sein de la même structure deux niveaux d'opposition appartenant à des logiques différentes ou antagonistes.

On peut distinguer deux types de paradoxes :

Une première forme concerne les paradoxes dit fermés ou serrés, décrits par Racamier, et que l'on repérera particulièrement dans la clinique des états psychotiques. C'est le paradoxe du schizophrène qui ne peut se sentir être ou exister qu'en n'étant pas. Ce qu'il appelle alors la « paradoxalité » renvoie à un mécanisme de défense essentiel, à l'œuvre dans la schizophrénie. Elle prend la forme d'un discours incohérent, contradictoire, mal structuré ou au contraire d'apparence logique, et a pour fonction de protéger le sujet contre la souffrance et la conflictualité. Sur un plan contre-transférentiel, ce fonctionnement psychique a pour effet d'empêcher de penser. Plus fondamentalement, le paradoxe du schizophrène porte sur l'existence de soi et de l'autre, ainsi que sur leurs relations, et s'accompagne chez le sujet d'une érotisation spécifique. Elle affecte à ce titre l'ensemble de la vie psychique.

Aux paradoxes fermés ou serrés caractérisés par la discontinuité la rupture, le clivage ou encore par la confusion, s'opposent alors des paradoxes ouverts (P.-C. Racamier, 1980), créatifs et générateurs de liens, caractérisés à l'inverse par l'homomorphie et la continuité. La transitionnalité en serait le modèle. Ainsi, à l'opposé des premiers, ces derniers s'inscrivent clairement dans une perspective de subjectivation, même si l'on peut penser que ces deux formes de paradoxes renvoient fondamentalement aux mêmes enjeux. On peut dire qu'à la différence du paradoxe « fermé », le paradoxe transitionnel contient en lui-même une « solution subjective » aux paradoxes de l'identité. Il témoignerait de la capacité de la psyché, en appui sur les réponses adéquates de l'environnement, à contenir, à lier et à dépasser, en un mot à organiser les oppositions qui caractérisent la paradoxalité.

Par exemple, le paradoxe de la transitionnalité suspend les oppositions entre le dedans et le dehors, entre le moi et le non moi et permet au sujet de faire l'expérience d'une illusion de continuité avec son environnement. Il permet de faire l'expérience d'être soi-même à travers l'autre ou plutôt de se nourrir de l'autre comme si c'était soi-même, d'investir l'autre comme un double de soi, pour exister soi-même et se sentir vivant.

3 UN SOIN CHEZ DES NON SOIGNANTS :

Ce préambule nous amène à regarder d'un peu plus près les paradoxes qui organisent la pratique de l'AFT. Ceux-ci prennent sens essentiellement autour de l'idée de proposer un soin chez des non soignants.

Le paradoxe d'un soin chez des non soignants fait appel à un savoir profane ou peut être plus justement à un savoir qui s'ignore comme tel. L'assistant familial ne sait pas qu'il sait et dans une certaine mesure sait qu'il ne sait pas, et c'est paradoxalement sur le fond de ce non savoir qu'une rencontre authentique peut se produire, qu'un accueil familial de l'autre peut avoir lieu. Nous

touchons là au fondement de la clinique qui présuppose de faire table rase de tout savoir préconçu sur le patient, ce qui on le sait en pratique n'est jamais possible.

Ceci renvoie implicitement au fait que pour soigner, cela suppose de renoncer au préalable à une position de soignant mais également à une position de « savoir » concernant le patient accueilli. Nous attendons alors des assistants ou des accueillants familiaux qu'ils soient naturels ou spontanés alors que nous leur proposons parallèlement des espaces de professionnalisation : reprises cliniques des situations d'accueil, temps de formation, synthèses, etc. ce qui ressemble fort à une injonction paradoxale.

Au fond, nous pourrions formuler le paradoxe de la façon suivante : c'est parce que nous ne leur demandons pas d'être thérapeutique qu'elles peuvent avoir une fonction thérapeutique...Peut-être s'agit-il de faire du soin sans s'en rendre compte comme Mr Jourdain faisait de la prose sans le savoir.

Ainsi, s'il apparaît nécessaire au nom du soin de ne pas considérer les professionnels de l'accueil comme des soignants « estampillés », il n'en demeure pas moins que ce sont des professionnels, à la différence près et c'est une évidence qu'ils accueillent à leur domicile, ce qui introduit un autre paradoxe.

4 ACCUEILLIR A DOMICILE

Le fait d'accueillir, en tant que professionnelle, un enfant à son domicile, au sein de sa propre famille et, qui plus est dans une position maternelle et parfois dans une forme de suppléance parentale, ne peut être considéré sur le même plan qu'un accueil thérapeutique en institution. L'accueil à domicile est probablement plus enclin à faire bouger les lignes entre le dedans et le dehors mais également, s'agissant d'un accueil familial, les frontières entre l'intimité de l'espace privé et l'espace institutionnel. L'engagement ne peut y être le même tant du côté de l'accueilli que de l'accueillant.

Le fait d'être accueilli au domicile de l'accueillant familial, d'y rencontrer ses enfants, son conjoint diffère radicalement d'une prise en charge institutionnelle. On n'accueille pas de la manière chez soi que dans un endroit neutre, et réciproquement, on ne se sent pas accueilli au domicile de l'accueillant comme dans un lieu de soin. Cette spécificité de l'accueil familial introduit quelque chose de nouveau dans le lien accueillant / accueilli. Jean Furtos nous en dira probablement un mot demain.

Par exemple on peut penser que cette spécificité de l'accueil familial remobilisera particulièrement le rapport de la personne accueillie à sa propre famille et, au sein de ce rapport ce qui n'aura pu faire l'objet d'une transformation ou d'une échoisation suffisante.

L'espace familial apparaît ici comme un système de liaison aussi complexe que naturel, particulièrement propice à l'émergence et au traitement des enjeux archaïques de la personnalité.

Ces éléments bruts trouveront matière à se transformer en appui sur la fantasmatique familiale, ainsi que sur les marqueurs de la différence que celle-ci sécrète : différence des sexes, différences des générations, différence entre soi et l'autre que l'on retrouve sous une autre forme dans la différence accueillant / accueilli, famille / institution, soignant / non soignant.

Situation de Mehdi :

Ainsi, Mehdi, adolescent schizophrène hospitalisé de puis plusieurs mois attend avec impatience qu'on lui trouve une famille. Les difficultés croissantes de sa propre famille à tolérer ses troubles, ses accès de violence, ne permettent plus d'envisager un retour chez lui. Malgré un projet de placement chez une assistante familiale du conseil général, un AFT est mis en place pour permettre un premier travail de séparation, une première expérience en dehors de l'hôpital.

Mehdi est d'abord accueilli deux jours par semaine.

Les premiers temps de l'accueil sont marqués par une sorte de lune de miel. Mehdi investit bien sa chambre, il se rapproche du fils de Mme G. Il se tient très bien, fait beaucoup d'efforts.

Lors des premières séquences d'accueil, Mehdi se montre plutôt calme, reconnaissant et ravi de rencontrer la famille d'accueil. Pour faciliter la prise de contact, un accompagnement est assuré par un infirmier du service. Hasard ou coïncidence, l'assistante familiale porte le même nom que sa mère.

Au fil des semaines, l'accueil devient plus tendu. Mehdi a de plus en plus de mal à se contrôler, il se met à rire fortement dès que l'angoisse monte, il s'excite aussi beaucoup devant la télé lorsqu'il regarde des clips où des filles dansent à moitié dénudées. Il faut alors le limiter. Pour le canaliser, Mme G. a une idée : elle lui propose de jouer au ping-pong.

Le ping-pong c'est un moment privilégié, un moment où Mehdi peut à la fois décharger et contenir son excitation. Au fil des séquences, cette activité est devenue une sorte de rituel mais aussi un authentique moment de partage, une « médiation du quotidien ». C'est un moment qui le calme et le libère à la fois. Il parle alors de son école, de l'hôpital, de ses parents. Tout en échangeant des balles, Mme G et Mehdi échangent des idées.

Dans cette situation d'accueil, le ping-pong ne peut être pensé comme une médiation thérapeutique, il s'agit davantage d'une réponse spontanée, en écho à ce qui surgit.

Elle est beaucoup plus proche du « play » winicottien que du « game » où les règles sont d'emblée connues. Comme un squiggle, il est question de trouver une forme à l'informité de sa vie psychique et à la pulsionnalité qui menace de le déborder.

Mais plus encore, cette activité matérialise l'expérience d'un lien en double en appui sur le registre perceptivo-moteur. Elle est un miroir ludique, un moment de plaisir partagé, entre proximité et distance.

Ce qui est adressé par Mehdi n'est ni analysé, ni interprété, mais trouve dans l'ici et maintenant une réponse créative, une réponse vivante / spontanée à ce qu'il n'a peut-être pas suffisamment expérimenté dans son histoire.

Cette réponse réflexive « incarnée », immédiate, qui advient au moment où il en exprime le besoin, est une réponse congruente aux attentes et aux enjeux psychique de Mehdi : celui d'être contenu et réfléchi par l'autre.

Aussi, l'absence de filtre chez l'accueillant, d'une posture professionnelle définie, en estompant les limites entre soi et l'autre, permettrait, sur le fond de cette expérience partagée, de soutenir une illusion de continuité, de favoriser ainsi l'émergence d'un sentiment d'existence, de se dégager du paradoxe existentiel dans lequel il peut être plongé par ailleurs.

5 – INDICATION et / ou DEMANDE :

Quelques mots sur la question des indications.

Penser un soin chez des non soignant constitue un enjeu fort pour les institutions de soin, car cela suppose non seulement une reconnaissance des limites des dispositifs habituellement mis en œuvre mais également une ouverture en direction de nouveaux dispositifs et de nouveaux référentiels qui se démarquent de la psychiatrie classique, ce dont certaines indications témoignent.

Cette question se pose peut-être avec encore plus d'acuité lorsque le dispositif d'AFT est indépendant du service de soin qui pose l'indication, ce qui est le cas notamment du RAFT.

Donc s'agit-il d'un soin à part entière, d'un relais du soin voire d'une alternative au soin institutionnel, à l'hospitalisation, ou encore d'une demande de suppléance familiale ?

Cette question de l'indication sur laquelle nous avons déjà travaillé lors d'un congrès du GREPFA mérite qu'on s'y attarde un peu.

L'indication d'AFT posée par les équipes soignantes nous éclaire sur les représentations de cette modalité de prise en charge atypique, même si celles-ci ont évoluées au fil des années. Cependant même si notre unité d'accueil familial thérapeutique existe depuis 2000, certaines représentations perdurent. Il y a là peut-être quelque chose d'irréductible avec lequel nous devons composer et qui peut-être même soutient paradoxalement la dimension thérapeutique d'un tel dispositif. L'AFT peut encore faire figure d'OVNI dans le paysage psychiatrique actuel mais certains de leurs usagers pressentent avant de constater par eux-mêmes après quelques semaines ou quelques mois l'intérêt de cet espace pour les patients qu'ils prennent en charge.

L'expérience nous a enseigné la difficulté des équipes soignantes à poser une indication d'AFT. Bien sûr, il y a toujours ou presque l'idée de travailler la séparation, d'offrir un autre espace, un autre lieu d'expérience pour permettre un autre lien.... Mais qu'est ce que cet autre espace, quelle est sa nature, quel peut être le sens d'un accueil en famille par rapport à un accueil en institution ?

On le sait maintenant, l'indication d'AFT constitue la plupart du temps un ailleurs, une issue et concernent dans une large proportion des patients sans solutions ou encore sans solutions de soin satisfaisantes, 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. L'objectif de ces indications serait avant tout de pallier le manque, la limite, l'échec face auxquels se retrouvent les équipes de soin. Nous reconnaissons ici ce qu'on appelle les indications dites « par défaut » et même si notre expérience nous a appris à les spécifier davantage, cette question de l'indication nous fait entrevoir aujourd'hui le poids de la demande sous-jacente à l'œuvre.

Cette demande véhiculée et implicite à l'indication pourrait être formulée à l'extrême de la façon suivante : nous sommes impuissants, nous ne savons plus quoi faire de cet enfant, aidez-nous ! Demande déplacée d'une autre et qui concernerait les familles souvent décrites par les équipes soignantes comme épuisées, dans le besoin d'être soulagées.

6 L'AFT CET « ETRANGER FAMILIER »

Car si l'AFT s'adresse bien au patient, il n'en demeure pas moins que dans la plupart des cas, l'objectif est aussi de soulager les familles mais aussi de soulager les soignants des difficultés auxquelles les confrontent ces familles. Peut-on aller jusqu'à dire que l'AFT soigne aussi l'institution de ses difficultés à effectuer sa tâche primaire, en proposant des temps, des séquences d'accueil « en dehors » du soin proprement dit ?

Pourtant, à y regarder de plus près, l'AFT, et c'est ce qui fait à mon sens toute sa pertinence, ne saurait être en dehors du soin ou en dehors de l'institution mais gagnerait sans doute à être situé, en tout cas dans nos esprits de soignants, à la périphérie du soin et, à l'instar de l'objet transitionnel ni dedans / ni dehors ou bien à la fois dedans et dehors.

Il me semble que c'est tout l'enjeu de la création de notre service au sein de l'hôpital il y a 12 ans.

Autrefois pratiqué de façon parcellaire, service par service, la création de cette unité a permis non seulement de fédérer, de rassembler ces différentes expériences locales mais surtout d'en assimiler quelque chose sur le plan institutionnel.

De cette manière, l'AFT peut s'inscrire pour une part comme un ailleurs du soin et pour une autre comme une modalité de soin à part entière. Cette double vectorisation au-dehors et au-dedans permet de penser ce dispositif dans un lien d'appartenance paradoxal :

D'un côté : il s'agit bien d'une unité de soin, du fait de la pluralité des liens qui l'encadrent (réunion cliniques, synthèse, accompagnement, lien avec les partenaires)

Et de l'autre : force est de constater, en tout cas si l'on s'en tient à l'accueil effectif des patients au domicile des accueillants, qu'il s'agit d'une activité qui échappe au moins partiellement, de par sa nature singulière, au contrôle de l'hôpital :

Non seulement elle est exercée par des « non-soignants » et, qui plus est en l'absence de l'équipe chargée de l'encadrement, mais cette activité s'effectue aussi en dehors des murs de l'institution.

Bien sûr, il y a des synthèses, des réunions cliniques, des visites à domicile mais il n'en demeure pas moins que toute une partie de cette activité nous échappe.

On pourrait le déplorer et même parfois œuvrer pour plus d'encadrement, mais voilà, ce qui nous échappe est probablement aussi précieux que l'intimité des patients, nous devons la respecter.

Nous ne pouvons à la fois faire appel à des familles d'accueil et en même temps chercher à en maîtriser les enjeux. Il y a là un mouvement de « déprise institutionnelle » qui n'est en rien un mouvement de lâchage, et qui est peut-être en même temps paradoxalement une des conditions inhérente à un Accueil Familial Thérapeutique.

On aurait parfois envie de leur dire dans une forme d'injonction paradoxale, faites ce que vous voulez, ce qui vous fait plaisir, on ne veut pas le savoir ou, plus justement, on ne veut pas tout savoir.

Ne pas tout savoir ou renoncer à leur dire ce qu'il faut qu'elle fasse à part « accueillir », ce qui revient au même. Ce qui revient à leur dire parfois sur le ton de la confiance : nous n'en savons pas plus que vous, ou fiez vous à votre instinct, faites-vous confiance, soyez créatifs !

Aussi, une bonne part de notre dispositif s'appuie sur la question de la confiance. Non pas une confiance aveugle mais une confiance qui se construit au fil de nos échanges et qui peut déboucher sur une reconnaissance mutuelle de nos places, de nos compétences : il y a là un point de rencontre entre le dispositif que nous cherchons à mettre en œuvre et dont nous sommes les garants, et le fonctionnement familial.

Travaillant sur la modélisation de notre dispositif avec un intervenant extérieur (E. G.) Cette dernière nous fait la remarque suivante : vous avez un fonctionnement familial.

Compliment ou reproche ? Probablement ni l'un ni l'autre. C'est un fait, un constat qui nous est adressé par quelqu'un d'extérieur pas tout à fait de notre famille mais pas tout à fait étrangère non plus. Plus qu'un constat c'est peut-être même un axe organisateur de notre pratique. Nous sommes imprégnés de par la nature de notre activité par la question du familial au point d'endosser certains aspects de son fonctionnement pour en traiter les enjeux.

Mais il peut y avoir des dérives à cela. Par exemple il nous est arrivé les premiers temps d'adopter une attitude maternante à l'égard des assistantes familiales, dans le souci de protéger ce qui était alors en train de se construire mais aussi dans un mouvement qui laissait peu d'extériorité. Nous assumions alors une partie des tâches administratives de la DRH et du cadre de santé que nous n'avions pas encore.

Nous considérons alors probablement nos assistantes familiales comme pas tout à fait capable de voler de leurs propres ailes alors que nous étions nous-mêmes en matière d'AFT à nos premiers balbutiements.

Puis nous avons grandi ensemble, appris à nous connaître, à nous apprécier, en témoigne notamment notre repas annuel au moment de Noël. Repas convivial mais aussi dans une certaine mesure familial.

Voilà pour l'intimité de notre service.

7 – CONCLUSION :

Il y aurait beaucoup de choses à dire encore, notamment sur les rapports entre le registre du soin et de l'éducatif ou de l'éducatif comme support d'un processus thérapeutique. Ces deux registres ne s'opposent pas et l'idée même d'un AFT permet de penser une harmonisation de ce qui peut nous sembler antagoniste a priori, à condition aussi de le penser, d'y réfléchir dans l'après-coup et d'y donner du sens collectivement, à plusieurs. Car c'est bien d'une pluralité de point de vue que ce dispositif peut se soutenir en appui sur une pluralité de processus qui dépasse tout en l'étayant l'AFT : clinique, social, éducatif, familial, institutionnel et interinstitutionnel (T. Rochet).

Pour conclure, je dirais donc que l'AFT permet de reconsidérer le soin suivant d'autres logiques, logiques qui impliquent de tolérer et de contenir certains paradoxes qui organisent ce dispositif, de composer avec une certaine fragilité liée à la multiplicité des liens qui encadrent l'accueil, ce qui ne pas sans interroger nos propres représentations du soin psychique.

Ces paradoxes qui peuvent apparaître au premier abord comme des obstacles, sont autant de nouvelles perspectives pour appréhender la souffrance psychique et, plus particulièrement au sein de celle-ci, la problématique de l'identité de la personne accueillie.

Le fait de tolérer un certain flottement identitaire dans un dispositif dont les contours ne sont pas toujours bien définis, permet de soutenir chez l'accueilli ce processus d'édification de soi. La mise en place d'un cadre, à la fois suffisamment souple et repérable, qui contiennent et dépasse ces enjeux en prenant en compte la singularité des situations, nous apparaît en ce sens fondamental.

L'AFT peut alors apparaître non plus complètement comme un OVNI dans l'espace de la psychiatrie, mais comme un ailleurs pas si lointain et qui en même temps échappe, comme un « étranger familial », qui puise sa créativité dans sa relative indétermination et sa force dans sa prétendue fragilité.

Johann Jung,
Psychologue RAFT,
CH Le Vinatier, Bron