

L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE : UN PROCESSUS D'AFFILIATION

Nicole Taliana

Cadre de Santé

Thérapeute Familiale Psychanalytique

CH Montperrin – Aix-en-Provence

Accueillir, c'est ouvrir une porte, c'est proposer à un non familial d'entrer, c'est faire en sorte qu'il se sente « chez lui », lui permettre de découvrir et de partager une part de son intimité...Ceci peut-être de l'ordre de l'hospitalité, comme le disait une famille d'accueil.

Mais accueillir, c'est aussi délimiter des espaces, définir des zones de partage et des zones privées avec des garanties qu'il n'y aura pas d'empiètements, pour que chacun puisse se trouver seul sans être isolé...

Lorsqu'un patient est accueilli dans une famille, il découvre une autre forme d'institution, avec ses propres règles, sa culture, son histoire, ses projets ; une institution qui a visage humain, une vie affective avec des liens de couple qui évoquent la sexualité et la tendresse, des enfants avec des liens fraternels de complicité, de rivalité, des grands parents, des oncles, des tantes, des cousins, des groupes multiples avec lesquels il va partager le quotidien... Ce groupe-là, a aussi un extérieur, des voisins, des amis...La temporalité n'est pas la même qu'en institution, le lever, les repas, le coucher, le déroulement d'une journée sont fonction des aléas auxquels est confronté le groupe familial, même si persiste une certaine régularité et stabilité. Pour le patient, ces situations-là vont remobiliser ses propres liens familiaux internalisés, c'est-à-dire les images qu'il s'est constitué de sa famille, conjugué avec des affects souvent contradictoires. Comment ceux-ci vont-ils être exprimés, accueillis dans ce nouvel espace ? Comment le patient va-t-il gérer ces éprouvés qui le convoquent à sa place d'enfant, de frère ou de sœur, à celle de conjoint(e), à celle de parent ? Comment va-t-il appréhender la famille d'accueil au regard de sa propre famille (conflit de loyauté ?, sentiment d'abandon ? de trahison ?)

Comment ce bouleversement psychique peut-il être accompagné par les équipes soignantes œuvrant avec les familles d'accueil vers et dans un processus d'affiliation ?

J'ai rencontré des familles d'accueil thérapeutique dans le cadre d'une formation que j'animais sur le CH Montperrin. Les questions, réflexions que ces familles ont souhaité partager ont été d'une grande richesse. Mettre dans le pot commun de la formation des expériences et des tranches de vie avec les patients accueillis, a permis l'expression de ce qui est tu la plupart du temps, la rencontre avec le patient, cet inconnu, ce qu'elle fait vivre, éprouver à la famille et à chacun de ses membres, comment elle mobilise les liens intra et extra familiaux, quelle place le patient va prendre dans cette nouvelle configuration...

Lorsqu'un projet d'accueil familial est formalisé avec et pour le patient, les temps précédant la rencontre et les propos tenus par les équipes sont très importants. Du côté des accueillants familiaux, le cheminement psychique d'accueil est foisonnant. « C'est comme une naissance disait un accueillant. On se représente la personne avant sa venue », une autre rajoutait « les premiers contacts sont importants, ou on a le feeling, ou on l'a pas ! ». « Il y a le temps d'adaptation et le temps d'intégration ».

Du côté du patient, comment se représente-t-il la famille qui va l'accueillir ? Qu'est-ce que le dénominateur « famille » évoque pour lui ?

Quels liens a-t-il conservé avec sa propre famille ? Que peut-il dire de sa place et de ses liens avec chacun ? Que peut-il livrer de son histoire, de son « roman familial » ? Quels fantasmes ? Quelles

imagos ont façonnées ses objets internes, ces choses en soi qui servent de support dans ses liens avec le monde extérieur? Comment s'est-il inscrit et a-t-il été inscrit dans la trame familiale ? Comment s'est-il structuré psychiquement ?

Toutes ces questions qui renvoient à la clinique du patient vont se poser dans la rencontre avec l'institution puis en famille d'accueil. Confronté à un groupe constitué, une enveloppe, qu'elle soit institutionnelle ou/et familiale, le patient va tenter d'y faire sa place de façon plus ou moins adaptée, de se conformer à ce qu'il entend que doit être sa place, ou se laisser penser par quelqu'un qui décidera pour lui...Par exemple, un patient peut occuper tout l'espace et laisser des affaires partout où il va passer, éparpillant des petits bouts de lui comme pour signifier sa présence, ou parce que les limites propres à chacun sont encore mal définies pour lui et il ne peut reconnaître l'altérité de l'autre s'il ne peut lui-même se considérer comme « autre », comme « séparé ». Cela peut-être vécu comme intrusif, envahissant pour la famille qui l'accueille et cet éprouvé peut-être exacerbé car conjugué au vécu du patient dont la psyché a subi des empiètements, des empêchements à penser.

La modalité de liens qui va s'instaurer avec les membres de la famille dépendra de sa capacité psychique à tolérer l'écart entre réalité interne et réalité externe, entre la famille internalisée, reconstruite, et la famille « réelle ». « Toute affiliation se fait sur les failles de la filiation » dit Kaës.

Toute rencontre est une rencontre singulière, chaque famille accueillante offre au patient la possibilité de s'étayer sur ce qui l'étaye elle-même, des rôles et des fonctions repérables et structurants, des règles partagées, des espaces privés et des espaces communs, la capacité à former des compromis, et, ce qui fonde l'accueil familial thérapeutique, la référence à un cadre institutionnel qui transitionnalise les relations et qui fait fonction de tiers.

Toutefois, reste la part insaisissable de la rencontre, ce qui échappe à la famille comme au patient et qui, à leur insu va permettre ou non une certaine affiliation, l'introjection par le patient de l'idéologie familiale, de sa culture, de ses valeurs, mais également de ses non-dits, de ses énigmes, de sa part d'ombre, de s'y inscrire et de les faire siennes, comme un membre à part entière, donnant un sentiment de familiarité à l'ensemble ainsi constitué. De même que la famille va reconnaître le patient comme celui qui n'est pas né de cette famille là, mais qui en fait partie, qui incarne cette part d'étrangeté que chacun porte en soi.

En effet, par son altérité, souvent radicale du fait de la pathologie mentale, le patient va remobiliser certains aspects de la vie familiale, ses soubassements, ses traumatismes, qu'il va venir interroger pour son propre compte... La rencontre des « négatifs », outre la maladie, provoque quelquefois des conflits, des déchirures, des ruptures de contrats répétant ainsi les failles du transgénérationnel, ce qui dans l'histoire de la famille des accueillants comme celle du patient, n'a pu se mentaliser, se symboliser et se transformer...

Avant d'aborder l'accueil du patient dans une famille d'accueil, il est important que nous définissions ce que l'on entend par famille, car c'est bien la rencontre avec une famille dont il s'agit au-delà du fait qu'un de ses membres, le père ou la mère est salarié d'un établissement de soin et à ce titre reçoit un patient chez lui, au cœur de son intimité...

La famille est un groupe spécifique composé de liens d'alliance : le couple, de filiation : les enfants du couple mais également la chaîne filiative comprenant les ascendants dans les 2 lignées, et les liens de fraternité, souvent teintés de connivence ou/et de rivalité...

La famille est le lieu de la transmission de la vie psychique, et permet au sujet d'advenir à lui-même. Les interdits implicites d'inceste et de meurtre permettent de structurer les échanges à l'intérieur de

ce groupe et à chacun de trouver et de tenir sa place, d'être sujet du groupe et sujet singulier. En référence à Freud, « tout individu mène une double existence, en tant qu'il est à lui-même sa propre fin et en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa propre volonté... ».

La famille a pour projet la perpétuation, la continuité, la transmission de « l'héritage », ce qui est sa « marque de fabrique » et que chacun reprendra pour transmettre à son tour, signifiant son appartenance, son affiliation...Mais ce qui est transmis porte également les traces de traumatismes non élaborés, d'histoires perçues comme honteuses, adultères, meurtres, incestes, maladies...Ce qui a fait trauma dans les générations précédentes gèle les possibilités de figuration, de représentation et de symbolisation. Ce qui va alors se transmettre va être de l'ordre d'une énigme, qui va s'inviter dans certaines situations sans pouvoir y attribuer une signification, qui fera trou dans la psyché.

Ce qui fait famille, ce sont les alliances inconscientes, celles-ci sont à la base de tout lien de groupement. Chacun des membres de la famille s'entend plus ou moins consciemment pour mettre de côté ce qui pourrait séparer, irriter, faire souffrir, tenir à distance et donc faire rupture dans le lien. Pour « tenir » ensemble, il faut à la fois reconnaître l'autre comme un autre soi, des goûts communs, des projets, des valeurs, et comme différent, la différence permettant la complémentarité, la curiosité, l'extériorité.

Lorsqu'un enfant se révèle porteur d'une maladie, l'expression de celle-ci fait violence et met à mal les liens familiaux. Les espoirs, les fantasmes, les idéaux qui ont contribué à l'investir narcissiquement sont entravés. Le processus d'accompagnement vers une vie autonome est soumis au rythme de cet enfant devenu en quelque sorte un étranger. Certaines familles pourront réagir et s'adapter à cette nouvelle situation, étayées elles-mêmes par un entourage contenant. L'enfant pourra trouver sa place singulière au sein de ce groupe et dans sa fratrie. D'autres familles, trop blessées narcissiquement, ne peuvent supporter ce « trop d'étrangeté », ne peuvent s'identifier et identifier l'enfant comme « maillon de la chaîne ». Certains auteurs forment l'hypothèse que ce n'est pas seulement l'enfant ni la maladie qui provoquent l'effroi et le rejet, mais ce que cette incarnation (enfant /malade) vient faire ressurgir de l'histoire familiale, de l'héritage enfoui, dénié, encrypté (par ex : après l'annonce du diagnostic d'autisme, une mère va s'alcooliser chaque jour un peu plus, négligeant les soins maternels à son enfant. Beaucoup plus tard, elle dira à sa fille aînée, « la maladie de ta sœur, c'est mon châtiment ». Un secret de famille, dévoilé en partie par cette fille aînée, fera mention d'un « infanticide »...). Face à la maladie, face aux difficultés, certaines familles ne peuvent « décoder » ce qui se manifeste chez l'enfant puis chez l'adolescent (ses cris, ses difficultés d'endormissement, la remise en question des valeurs familiales...). L'image que leur renvoie leur enfant les plonge dans un désarroi important. Les parents vont alors développer des attitudes non adaptées aux besoins de leur enfant, ce que Decherf et Darchis décrivent comme les pathologies de la contenance. L'enfant sera confronté à une enveloppe familiale trop serrée empêchant son individuation (sur contenance), ou trop lâche, avec insuffisance de protection, d'illusion et de transformation (sous-contenance), voire une contenance paradoxale, c'est-à-dire oscillant entre sur et sous contenance ne permettant pas la possibilité de repères structurants et rassurants. Ce sont entre autres, les failles de la filiation...

C'est ainsi que certaines personnes peuvent avoir recours à l'institution hospitalière, après un parcours chaotique, des tentatives d'intégration sociale souvent teintées d'échec, et des unions douloureuses, non satisfaisantes...

Les équipes font appel au dispositif d'accueil familial thérapeutique lorsque les tentatives d'accompagner le patient vers une vie autonome en appartement, foyer, appartement thérapeutique ou associatif, se sont montrées inadaptées au regard de sa problématique. De même qu'un retour en famille semble inapproprié au regard des liens familiaux en souffrance, disloqués voire rompus.

Les familles d'accueil thérapeutiques vont prendre le relai du travail effectué avec le patient en institution. La crise qui l'a amené à être hospitalisé est contenue, le patient est dit « stabilisé », il n'y a plus nécessité de soins en continu.

La qualité du travail de présentation, de portage du projet par les équipes, l'AFT, les Accueillants thérapeutiques va déterminer la qualité de l'accueil et de l'appropriation du projet par le patient. Celui-ci va vivre de nouveau une séparation, celle avec les soignants de l'équipe, avec l'institution qui servaient d'étayage à sa psyché.

Comment la famille va s'adapter au patient et progressivement lui permettre de s'adapter à elle ? Comment ce processus va-t-il être accompagné par son ancrage institutionnel que représente le dispositif AFT ?

La rencontre va nécessiter la prise en compte d'une temporalité, celle du patient, celle de la famille. C'est le temps de l'observation : « on se renifle », « on se tourne autour », on s'approche et on s'éloigne essayant de trouver la juste distance, ni trop près, ni trop loin... « Il faut 2-3 mois pour poser les valises ; avant, on s'observe » dit un accueillant familial. « Ce n'est pas évident d'arriver dans une famille déjà constituée ! ».

Certains patients peuvent sembler rapidement prendre leurs marques comme si un circuit imaginaire se déroulait sous leurs pas. Pour d'autres, les manifestations d'anxiété peuvent se traduire par un certain immobilisme, une compulsion à fumer, à s'éparpiller, ou à rester couché voire à s'opposer amenant les accueillants à répéter inlassablement les mêmes mots : faites votre lit, prenez votre douche, rangez vos affaires »... Les fonctions paternelles et maternelles sont sollicitées. « Au début, quand il est arrivé, il ne parlait pas. Il avait tendance à attendre que je m'occupe de tout ! » dit un accueillant. « C'est comme un enfant, si on lâche les rennes, il va rechuter ». « On a rendu la patiente, elle perturbait trop la famille » disait un autre ».

Progressivement, le lien se tisse comme si le patient au contact de la vie familiale, sortait d'une torpeur, d'une gangue devenue trop étroite pour lui. Serait-ce les prémices d'une identification partagée ? « Avec le patient », dit un accueillant, « on s'est trouvé » !

Certains moments de proximité que le patient va vivre avec les uns et les autres du groupe familial amène dans une forme de huis clos, à échanger sur des goûts communs, puis plus intimement, sur des bribes de son histoire. Celle-ci est souvent parcellaire et racontée telle que vécue intérieurement, avec des blancs, des incohérences, des mélanges de temps, des confusions entre réalité externe et réalité interne. « Je l'ai consolée et après, elle m'a parlé de ce qui s'est passé dans son passé ». « Nous, on est là, on les épaulent ». « On sert de tremplin »...

Ce sont ces moments-là, souvent fugitifs au début, que de mon point de vue se constitue le lien d'affiliation. La famille peut se reconnaître en partie dans cet « étrange familial » dissimulé derrière le diagnostic de malade mental, de l'identifier comme « étant fait de la même pâte qu'elle, de la même espèce » dit Racamier. Cet être là, bien qu'énigmatique, apragmatique, si différent, si désarçonnant parfois, peut-être dans un lien.

Ce temps de « l'illusion » tel que le définit Winnicott, est important au début de toute rencontre ; il permet l'installation (même précaire) d'une sécurité interne, le sentiment d'appartenance à un groupe, l'impression d'être compris (fonction alpha de la famille). Ce « nirvana » du début est à double sens. Il vient renforcer, pour les accueillants, le sentiment d'être utile, de servir à quelque chose, renforce un « Idéal du Moi » souvent en quête de valorisation et de reconnaissance.

Il conforte l'accueillant dans ses objectifs contractualisés avec l'AFT, gage de son salaire.

Puis vient le temps de la « désillusion », nécessaire à toute individuation ; chacun reprend ses tâches, ses investissements pour un temps mis de côté car mobilisés par la rencontre et l'installation du patient dans son nouvel environnement. Le patient est reconnu suffisamment autonome pour se prendre en charge et occuper son temps. Toutefois, dans certains cas, ces temps sont souvent difficiles avant de trouver une certaine stabilité car l'idéalisation est mise à mal. « On a l'impression qu'elle te pompe ton énergie, j'ai coupé le pipe-line ! ». « On a l'impression que c'est un vase communiquant et que de temps en temps, il faut mettre un bouchon pour pas qu'elle pompe la sève ». « Ce n'est pas ma chose, je lui dis « tu n'es pas mon otage ! ». « quand c'est difficile pour moi, je me mets en vacances dans ma tête » (Comment entendre ces mots ? Quelles identifications avec le patient et de sa maladie qui l'extrait d'un dehors trop envahissant et inquiétant ?)...

Quelles seront les ressources de la famille pour résister à la pression de la psychose qui tend à abraser toutes velléités de changement, celles-ci étant trop coûteuses en énergie psychique ?

Comment vont-elles s'appuyer sur le dispositif AFT et les équipes pour dépasser ces moments et vécus d'impuissance à impulser de la vie psychique sans se sentir pris en faute, « pas à la hauteur », ni dans une « toute puissance », ni dans un rejet du patient, porteur de ce sentiment d'échec ?

Le travail des équipes, de l'AFT, va être d'accompagner le patient lors des moments confusionnants dans ses liens avec la famille d'accueil, d'écouter ses tentatives à se figurer ce qui a fait souffrance et entrave dans son histoire, sa place en tant que sujet singulier et relié, ses manifestations de jalousie à l'encontre des autres patients accueillis ou des enfants des accueillants, ces confrontations à la frustration, aux limites qui le renvoient à devoir faire avec de « l'autre ». Dans certains cas, le patient peut amener l'équipe à prendre position, par exemple en se plaignant de supposés mauvais traitements ou autres plaintes, comme le ferait un enfant face à un couple parental séparé. Comment accueillir et écouter ce qui se dépose là ? Comment le traiter sans être dans un passage à l'acte qui brouillerait une association possible avec l'histoire du patient et ses propres projections ? Au même titre, que le patient peut avoir cette même modalité de lien, dans le clivage, avec les familles d'accueil concernant les soignants, son traitement...Si le clivage a pour fonction de protéger psychiquement, de s'épargner inconsciemment une souffrance, de quelle souffrance s'agit-il ?

Les soignants disposent de temps d'élaboration et de partage pour éviter d'être dans une réponse maternelle oblitérante. La référence au dispositif fait fonction de tiers, permet de réactiver la Loi paternelle, souvent niée voire absente dans l'histoire du patient.

Les accueillants familiaux vont prendre en compte les difficultés propres à la personne et vont devoir s'en accommoder avec l'aide des soignants, sans souci de transformation. En effet, il n'est pas demandé aux accueillants d'être des thérapeutes, c'est de la dynamique du lien, du quotidien partagé qui va permettre que des habitudes se créent, que des individualités, des traits de personnalité émergent et soient reconnues, tolérées et qu'éventuellement, des projets se forment. Le patient va se nourrir de cet apport familial, de son « bon sens », de ses fragilités, de ses ressources. Il va s'appuyer sur sa permanence et apprendra à supporter les aléas puisqu'il aura fait l'expérience, dans la durée, de la consistance du lien.

Des accueillants disaient : « ce n'est pas important de savoir l'histoire du patient, le diagnostic, la maladie...On prend l'histoire là où elle commence, avec nous »...D'autres : « je m'adapte à elle, elle s'adapte à moi ». D'autres encore « je vais à la gym avec la patiente. Au début, ça se voyait que c'était une patiente, aujourd'hui, ça ne se voit plus... ». « Le dimanche, on prend plus de temps, on peut rester en pyjama plus longtemps ! ». « Ils sont aussi chez eux, ils ont leur chambre ! ».

Il ne s'agit pas d'être adopté ni d'adopter et pourtant ?!

Pour conclure,

L'écoute groupale des situations permettra d'appréhender ce qui se dépose dans les liens et, de ce fait, d'éviter d'être dans un passage à l'acte signant la rupture d'un contrat, le retrait d'un patient de son nouveau milieu. Toutefois, si ce retrait semble nécessaire pour le patient comme pour les accueillants, car trop perturbateur de la vie familiale et de ce qui les fait tenir ensemble, il est important qu'il puisse être pensé et travaillé avec le patient et les accueillants afin qu'il ne soit pas la réactivation d'une trace déjà présente dans la psyché du patient (comme dans celle des accueillants), qui aurait à voir avec un traumatisme non élaboré répétant inlassablement les ruptures et l'effondrement.

L'articulation entre les différents intervenants, leur capacité d'accueil et d'élaboration de ce qui va se rejouer dans le cadre du groupe familial, va permettre à chacun de faire la part entre ce qui appartient à l'institution et à ses propres enjeux psychiques, ce qui appartient à la famille et à ses liens inter et trans-subjectifs (qui la regarde), et enfin, ce qui appartient à la problématique du patient.

En ce sens, nous pourrions dire que l'Accueil Familial Thérapeutique en tant que dispositif institutionnel, situé au carrefour des équipes, des familles, des tuteurs, des familles d'accueil et du patient, introduit un cadre permanent, stable et structurant, permettant l'émergence d'un processus d'affiliation.