

« Ambiguïtés et paradoxes en AFT:

Questions d'identités »

« Voyages en AFT : soin et / ou intégration !

Une question de frontière(s) »

Congrès du GREPFA

Jeudi 3 et vendredi 4 juin 2010
Maison de l'éducation permanente
Lille

Présentation du RAFT :

Le RAFT – Relais Accueil Familial Thérapeutique – est une unité intersectorielle de pédopsychiatrie qui existe depuis 10 ans. Son projet est né de la volonté de regrouper au sein d'une même structure les places d'accueil des différents secteurs de pédopsychiatrie de l'hôpital du Vinatier.

Sa création en fait une unité originale et atypique encore actuellement dans le paysage psychiatrique et, du coup, pas toujours bien repérée par les services de soin malgré les nombreuses demandes qui nous sont adressées.

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.

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 environ une vingtaine d'enfants accueillis. Deux assistantes familiales du conseil général nous ont rejoints récemment dans le cadre d'une convention passée avec le RAFT et le service d'hospitalisation pour adolescents.

Les demandes d'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 pédopsychiatrie, 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.

Chaque demande adressée au RAFT est étudiée et fait l'objet de plusieurs rencontres d'abord avec l'équipe soignante et l'assistante familiale pressentie puis avec la famille avant de déboucher sur la mise en place d'un accueil. 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 ces rencontres. Une attention particulière est portée sur l'adhésion de la famille au projet d'accueil, condition indispensable à sa mise en place.

L'AFT est pensé à chaque fois au cas par cas, dans une logique d'intégration et d'articulation au dispositif existant. Ainsi, toutes les modalités d'accueil sont potentiellement envisageables à condition qu'elles prennent sens pour tous les acteurs de l'accueil.

Des temps de supervision et de formation mensuels destinés à toutes les assistantes familiales ainsi qu'un accompagnement au quotidien (VAD, échanges téléphoniques) effectué par les assistantes sociales encadrent ce dispositif sans oublier des temps de synthèse organisés tout au long de l'accueil.

Ce mode de fonctionnement qui, pour ceux qui s'occupe d'AFT, peut paraître familier même si nous avons des organisations différentes, comporte aussi un versant « étrange » moins évident à reconnaître ou à repérer de l'extérieur, et cela ne concerne pas uniquement les partenaires extra-hospitalier mais aussi les unités de soin qui nous adressent leur demande. En clair, le RAFT, en raison de son caractère atypique, ne bénéficie pas de la même intégration que d'autres unités de soin, « plus traditionnelles » au sein de l'environnement hospitalier.

La diversité des représentations que peuvent s'en faire les équipes soignantes peut en témoigner, en l'assimilant tantôt à un accueil social à visée éducative, tantôt à une alternative aux prises en charges existantes.

Il y a donc d'emblée au cœur de ce dispositif à l'interface du soin et du médico-social, de l'éducatif et du thérapeutique, un véritable enjeu identitaire qui traverse l'accueil thérapeutique familial et qui résonne particulièrement avec la clinique des enfants accueillis.

Cette fragilité inhérente à ce type de dispositif, du fait notamment des ambiguïtés qu'il recèle et des multiples liens qui l'encadrent, ne doit pas être réduite ni considérée uniquement comme un obstacle à l'AFT mais au contraire doit nous inviter à réfléchir sur les enjeux thérapeutiques de ce type de dispositif.

L'hypothèse que nous pourrions formuler est que cette fragilité apparente, consubstantielle à cette modalité de soin, contribue paradoxalement à soutenir sa fonction thérapeutique.

A partir de l'expérience acquise au sein de notre service nous verrons comment cette question identitaire qui traverse l'AFT peut se penser à différents niveaux. Nous privilégierons trois axes de réflexion :

1 - Le premier axe concernera la question de l'identité professionnelle de l'assistante familiale inscrite dans l'entre-deux du soin et du social à partir de la double référence de la profession à l'hôpital et au conseil général.

2 - Le second cherchera à dégager quelques effets de l'accueil à domicile sur l'engagement de l'assistante familiale à un niveau personnel et professionnel.

3 - J'interrogerai dans un troisième axe de réflexion la question de la demande et de l'indication en AFT avant d'apporter quelques précisions sur les conditions thérapeutiques d'un tel dispositif.

1 - Le premier niveau correspond à ce qu'on peut appeler la double référence du statut des assistantes familiales.

Cette double référence les inscrit pour une part et du fait de la législation concernant l'accueil d'enfants mineurs, dans un lien au conseil général, seul organisme habilité à délivrer un agrément 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 l'accueil.

Cette double référence a rapidement été interrogée par les assistantes familiales sous la forme : sommes-nous seulement des assistantes familiales ou bien des assistantes familiales « thérapeutiques » ? Cette question en soulève une autre, à savoir quel est le statut de l'Accueil Thérapeutique Familial 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 ? Qu'est-ce qui fait que cet accueil est thérapeutique ?

L'évolution de leur statut et de leur titre au sein de l'hôpital et dans la législation révèle bien cette problématique : D'abord considéré comme famille d'accueil ou comme assistante maternelle, la loi du 27 juin 2005 les reconnaît désormais comme des assistantes familiales, reste la question du thérapeutique... Néanmoins la législation s'inscrit clairement dans une perspective de professionnalisation et vers une plus grande reconnaissance de leur statut. Le stage préalable à

l'embauche, l'augmentation du temps de formation et la possibilité de passer un diplôme d'état vont dans ce sens.

S'il nous apparaît relativement clair que l'AFT constitue un soin, nous avons à reconnaître qu'il ne s'agit pas d'un soin comme les autres. Pourtant, l'AF n'est pas à proprement parler une soignante et sans doute est-il important, au nom du soin, de ne pas la considérer comme telle. Il s'agit ici plutôt de repérer les effets thérapeutiques générés par un cadre d'accueil familial.

Si l'ambiguïté liée à leur statut ou encore à leur lieu d'exercice peut susciter une certaine confusion dans les représentations du cadre de l'accueil, elle ouvre en revanche un espace potentiellement thérapeutique quant à l'utilisation que le patient pourra en faire à partir de la singularité du lien qui s'y noue.

Il n'est pas rare, lorsque nous sommes sur le point de recruter une assistante familiale, qu'elle nous demande ce qu'elle doit faire, par exemple mettre en place une activité, une médiation, etc. La plupart du temps nous leur répondons qu'on n'attend pas autre chose de leur part que d'accueillir les enfants le plus naturellement possible, ce qui ressemble fort à une injonction paradoxale, et que nous aurons l'occasion d'en discuter par la suite.

Autrement dit, nous leur demandons seulement, et ça nous paraît déjà beaucoup, au regard de la pathologie des enfants accueillis, de faire leur travail de famille d'accueil.

Comme Winnicott le souligne, il y a là peut-être un paradoxe à tolérer pour que l'enfant puisse s'approprier et utiliser cet espace pour exister autrement.

Ceci pose la question de la formation en AFT et de ses paradoxes. Nous pensons que c'est en restant naturel et suffisamment spontané qu'elles peuvent jouer « indirectement » un rôle thérapeutique. 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.

2 - Le second point concerne la question de l'accueil d'un enfant au domicile du professionnel. Accueillir un enfant à son domicile est sans doute à penser de façon très différente d'un accueil en institution. Dans ce type d'accueil, l'engagement personnel et familial, ou encore la nature de l'implication affective, sans s'opposer à un positionnement professionnel, modifie largement le lien à l'enfant accueilli. Accueillir un enfant à son propre domicile et, qui plus est, au sein de sa propre famille prend un sens particulièrement fort quand on pense aux modifications que cela implique au niveau de l'organisation familiale : rivalité, conflits, réorganisation des places, etc.

La capacité d'accueil repose ici sur la capacité de l'assistante familiale à se laisser « déranger » au sein de son espace privé et familial, mais aussi dans une certaine mesure dans son intimité. En témoignent, dans un autre registre, les dégradations matérielles commises par les enfants accueillis.

L'accueil familial est l'occasion aussi pour les familles de vérifier que leur enfant peut être supporté et investi par une autre famille, ce qui ouvre de nouvelles potentialités dans le lien à l'enfant.

Du point de vue de l'enfant, le fait d'être accueilli au domicile de l'assistante familiale, d'y rencontrer ses enfants, éventuellement son mari, diffère là aussi radicalement d'une prise en charge institutionnelle.

L'exemple d'un enfant récemment accueilli qui demande à l'assistante familiale si elle le préfère à son fils l'illustre bien.

C'est dire la prégnance de l'investissement transférentiel des familles d'accueil, à travers la remobilisation de l'histoire de la relation de l'enfant à sa propre famille.

Cette dimension transférentielle repérable dans les interactions entre le patient et la famille d'accueil pourra être abordée à partir des contre-attitudes de l'assistante familiale et élaborée particulièrement dans le groupe de supervision.

De façon générale, que ce soit du point de vue de l'équipe soignante qui nous adresse l'enfant ou du point de vue de la famille qui accepte de confier son enfant à une famille d'accueil thérapeutique, l'investissement d'un autre lieu considéré ni comme un lieu de placement ni comme un lieu de soin ou peut-être un peu les deux à la fois, nous semble à un autre niveau, soutenir potentiellement cette fonction thérapeutique.

Ici encore, l'indétermination marquée par l'absence d'une définition trop précise de ce que peut être un AFT, permettra essentiellement dans l'après-coup, un travail autour des ambiguïtés qui spécifient ce type d'accueil.

Cette particularité a pu être mise en avant par l'une de nos assistantes familiales s'interrogeant sur la nécessité d'adopter une position éducative dans ces situations d'accueil (comme poser des limites, signifier des interdits) et qui pourrait, de son point de vue et sur le moment, s'opposer à la représentation d'un accueil familial « thérapeutique ».

On peut aussi penser à certaines tâches du quotidien que peuvent partager l'assistante familiale et l'enfant accueilli comme par exemple équeuter les haricots verts, ranger un placard, arroser les plantes. Ces expériences apparemment banales, qui s'inscrivent dans ce qu'on peut appeler une clinique du quotidien, peuvent se trouver chargée d'une fonction de médiation et d'étayage du lien aussi riche qu'inattendue, à condition de se laisser suffisamment aller à la rencontre de l'autre.

Ces exemples nous montrent que (ce n'est pas l'accueil familial en soi qui est thérapeutique et qu'il) l'accueil familial ne doit probablement pas être pensé d'emblée dans sa vocation thérapeutique comme cela peut être le cas pour une prise en charge institutionnelle conduite par des soignants. La relecture clinique des situations d'accueil par les AF nous montre au contraire comment la fonction thérapeutique se construit principalement dans l'après-coup, en se superposant à l'accueil familial. Cette construction après-coup de l'espace thérapeutique prend particulièrement sens lorsque s'articulent sans s'opposer le registre éducatif avec celui du soin, lorsque s'harmonisent vie familiale et vie professionnelle.

Le soin est ici à penser à la fois au-dedans de l'institution, dans la mesure où l'espace d'accueil s'insère au sein du service d'accueil familial thérapeutique et en même temps au dehors de l'institution, en ce sens qu'il est aussi un espace indépendant, privé et familial.

L'identité peut ainsi s'étayer sur l'espace familial et sa capacité à accueillir la dimension de l'intime, de même que l'espace familial s'étayera sur l'espace institutionnel.

Cette particularité de l'AFT de se situer au carrefour de l'institutionnel et du privé, du familial et du professionnel, fait nécessairement travailler l'identité professionnelle de l'AF, ce qui n'est pas sans effet sur la construction identitaire de l'enfant accueilli. Parce que l'accueil d'un enfant possède ses logiques propres (en fonction de sa pathologie, de la nature du lien), l'AF est amenée à réinventer sa pratique en fonction de chaque situation ; Comme tout soignant peut en faire l'expérience au quotidien, ce qui marche pour un enfant ne marchera pas forcément pour un autre.

Dans un tel contexte, l'identité de l'AF ne saurait être figée mais au contraire en continuel remaniement du fait de la multiplicité des liens qui l'encadrent et de la singularité du lien à l'enfant accueilli.

C'est ce paradoxe de l'un et du multiple, à condition là encore de l'accepter, qui permet de considérer un moment où ça se passe, à savoir la situation d'accueil proprement dite et des moments où ça se pense à plusieurs (en supervision, en synthèse, lors d'une visite à domicile, etc.).

Ce deuxième temps élaboratif favorise ce qu'on peut appeler l'émergence d'un nouvel environnement de pensée, porteurs de nouveaux regards qui nourrissent l'accueil et l'identité de l'enfant accueilli.

3 - Le troisième point concerne la question de la demande d'AFT en particulier telle qu'elle nous est adressée par les services de soin où est suivi l'enfant. Lors d'un précédent congrès nous avons travaillé dans un des ateliers la question des indications en AFT et en particulier les indications par défaut. Loin d'être inintéressantes au plan clinique, nous avons remarqué en équipe combien

ces indications qui concernent des patients sans solution ou encore sans solution de soin satisfaisante avaient pour objectif avant tout de pallier le manque, la limite, l'échec face auxquels se retrouvent les équipes de soin.

Nombre de ces indications comportent souvent un volet concernant la famille souvent décrite comme épuisée et nécessitant d'être soulagée. Bien que cet aspect de l'indication fasse partie intégrante de la demande d'AFT et donc comme un élément à prendre en compte, son passage au premier plan nous interroge sur les risques de répondre de trop près à une demande de suppléance, autrement dit du côté d'une demande d'accueil familial social. Face à ce type de demandes croissantes à la marge du soin et relayé par les services de soin, nos représentations de l'AFT se sont souvent retrouvées mises à l'épreuve, révélant tantôt un aveu d'impuissance de la part des équipes, tantôt une indication insuffisamment travaillée en amont, reflet d'une certaine incompréhension de ce que peut être un AFT.

Dans ces situations où l'on se retrouve appelé, du côté des soignants, à répondre à l'endroit de la défaillance en proposant un modèle idéal alternatif, nous nous retrouvons non pas face à une indication médicale d'AFT mais le plus souvent face à une demande implicite de relais.

Malgré tout, certains accueils qu'on peut qualifier de « limites », ont pu après-coup prendre un sens thérapeutique. Je pense à un enfant autiste qui avait fini par être exclu d'un centre de jour à cause de ses troubles du comportement. Dans cette situation la mère de l'enfant avait pu vérifier non seulement que son enfant pouvait être accueilli dans un autre lieu que chez lui mais que quelqu'un d'autre avait pu s'en occuper et le supporter.

La difficulté des équipes à travailler avec les familles sur l'intérêt de ce type d'accueil, sur leur adhésion, à continuer de les accompagner une fois l'accueil mis en place, à tenir une certaine référence du soin indispensable à la continuité de l'accueil vont dans le sens de nos observations. Au-delà de la souffrance des équipes a-t-on affaire ici à une forme de résistance à considérer l'AFT comme un soin à part entière ? Sommes-nous face à une représentation persistante d'un Accueil Familial exclusivement social ? Le fait que les AF soient désignées (de moins en moins mais encore parfois) comme des nounous pourrait nous en faire douter.

Nous retrouvons sous un autre angle la problématique identitaire à laquelle notre unité est confrontée et qui fait dire encore aujourd'hui qu'elle souffre d'une identité aux contours mal définis. Ces interrogations nous permettent en outre de penser le lieu de soin ou plutôt le lieu de référence du soin (CMP ou Centre de Jour) comme un pôle indispensable à l'organisation et au suivi du projet de l'AFT.

Face à ces interrogations et pour faire de ces ambiguïtés inhérentes à ce type d'accueil, des ambiguïtés fécondes, 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 fondamental.

Comme nous l'avons déjà avancé, c'est l'articulation des différentes polarités que constituent l'accueil proprement dit, les rencontres avec les équipes, le temps des synthèses, le suivi clinique et institutionnel des situations qui permet d'assurer une fonction thérapeutique à ce dispositif.

Le dispositif d'AFT ne peut pas tout, il ne peut se suffire à lui-même même s'il peut parfois être attendu dans une fonction réparatrice. Au contraire, l'AFT a besoin du lieu de soin au même titre que celui-ci a besoin de l'AFT dans une logique d'échange et d'étayage réciproque. Cette configuration nous apparaît d'autant plus précieuse qu'elle permet de part et d'autre l'ouverture sur un autre lieu en tant qu'il est susceptible de jouer un rôle de tiers. Ceci n'est possible que si l'AFT est investi comme une modalité de soin complémentaire aux prises en charge existante, et que s'il répond partiellement à certaines demandes qui lui sont adressées. Par exemple, refuser l'extension d'un accueil sur la totalité du week-end peut témoigner du souci que l'accueil ne constitue pas une garde ou un simple relais.

A ce titre, la séquentialité de cette prise en charge (souvent 2 à 3 demi-journées par semaine) constitue un aspect important du dispositif, dans la mesure où l'accueil thérapeutique s'inscrit non pas comme une alternative aux soins existants mais dans une articulation étroite avec d'autres types de prises en charge institutionnelles.

A ceci répond la nécessité du point de vue de l'assistante familiale, d'être particulièrement disponible pendant toute la durée de l'accueil, ce qui est plus difficile à temps plein. L'aspect séquentiel marque par ailleurs au sein du dispositif d'accueil, l'enjeu thérapeutique de la séparation.

Cette fonction de tiers et de garant du cadre s'illustre aussi 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 et de souligner sa valeur thérapeutique.

Les conditions d'accueil, c'est-à-dire le lieu, la régularité, la durée, le profil de l'assistante familiale, l'accompagnement réalisé par l'équipe du RAFT, sont autant de paramètres qui contribuent à personnaliser l'accueil et donc à proposer une réponse adaptée à la situation de l'enfant.

Grâce à ces conditions, l'espace de l'accueil peut bénéficier 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. Ce principe de différenciation n'exclut pas en effet des temps de synthèses ou des rencontres ponctuelles entre les AF et les équipes soignantes qui s'ouvriront sur une meilleure lisibilité de l'accueil ainsi qu'une certaine cohérence entre les diverses prises en charge du patient. Mais il permettra surtout à la famille d'accueil de se sentir suffisamment dégagée des éléments de réalité susceptibles de modifier les conditions d'accueil et de se concentrer sur l'ici et maintenant de la rencontre avec l'enfant.

Conclusion :

Nous avons vu comment certaines particularités du dispositif d'AFT pouvaient de prime abord constituer un obstacle, un point de souffrance identitaire, ce dispositif pouvant apparaître comme trop peu défini, pas assez précis dans ses modalités ou encore difficile à évaluer ou à repérer. Toutefois la prise en compte de ces éléments qui renvoient à l'ambiguïté ou au paradoxe (quand il ne s'agit pas de confusion) s'avèrent après réflexion une source féconde pour interroger les enjeux thérapeutiques de l'AFT.

Cette fragilité identitaire de l'AFT dès lors qu'elle se trouve suffisamment soutenue par les multiples liens qui l'entourent et la pensée qui l'accompagne, nous semble ici faire écho à celle de l'enfant accueilli dans une sorte de résonnance heureuse qui favorise l'accès à une position de sujet.

Ce sont ces spécificités du cadre de l'accueil associée à la disposition d'esprit de l'assistante familiale qui rendent possible selon nous la dimension thérapeutique de ce dispositif, à travers la création d'une ère d'expérience nouvelle, potentiellement transitionnelle, entre le soin institutionnel et la famille.