

# ***l'accueil familial***

**en revue**

**N° 2  
septembre 1996**

**dossier : le soin en accueil familial**

**glossaire**

**actualité**

# ***l'accueil familial***

en revue

## ***sommaire***

### **Dossier : le soin en accueil familial**

- D. Schurmans *"une dimension cachée des pratiques de soin : l'action sur le contexte"* 5
- S. Escots *"le soin en AF: des effets de l'accueil à la question du changement"* 11
- D. Gorans *"la photo de famille est encore ratée "* 18
- C. Sellenet *"le placement familial, soins intensifs, médecine douce ou placebo?"* 24
- M. Mazery *"le quotidien en accueil familial : un soin qui s'ignore"* 29
- M. Lenne *"quand l'enfant accueilli doit suivre une psychothérapie"* 35
- B. Guiter *"de Dymphne à Philémon, les mythes de l'accueil familial"* 37
- M. Lacour *"du placement familial spécialisé actuel à l'accueil familial"* 42
- M. Le Béhec *"famille d'accueil : un espace thérapeutique"* 48

### **Glossaire - D. Gorans, J.C. Cébula**

50

### **Actualité**

- Convocation des assistantes maternelles aux audiences d'assistance éducative 55
- L'accueil familial des personnes âgées et des adultes handicapés 58

### **Agenda - Informations diverses**

4

Revue semestrielle  
Édition IPI  
50 rue Samson - 75013 Paris  
Tél 01 45 89 17 17  
Fax 01 45 89 00 41  
prix du numéro : 70 F  
N° 2 - septembre 1996  
N° ISSN 1270.4164  
Imprimerie Parenthèses (Nantes)

**directeur de la publication** Jean-Claude Cébula

#### **comité de rédaction**

Joëlle Berrhuel - Benoît Cambois - Serge Escots  
Dominique Fua - Marie-Paule Glachant - Daniel Gorans  
Catherine Horel - Michel Lacour - Geneviève Mermet  
Hana Rottman - Catherine Sellenet - Pierre Verdier  
Sabine de la Villehuchet - Maryvonne Wetsch-Benqué

**La fondation de France soutient ce second numéro**

## *dossier*

# *le soin en accueil familial*

### **Soigner en accueil familial?**

Oui, indiscutablement, comme une nécessité tant les blessures à cicatriser sont profondes, tant les effets de ce mode de prise en charge peuvent être réparateurs.

### **Soigner quoi?**

L'impossibilité pour un enfant de pouvoir s'appuyer pour grandir sur les désirs de ces parents tant ceux-ci sont absents, défaillants, ou incapables?

Les difficultés d'un adulte, handicapé ou malade mental, qui n'a pas ou n'a plus momentanément les capacités à assurer seul son indépendance sociale, affective, voire économique?

La perte irrémédiable (?) d'autonomie physique ou psychique des personnes âgées?

La solitude et la détresse de tous les accidentés de la vie, jeunes mères, toxicomanes, traumatisés, sidéens, qui ne peuvent trouver d'autres réconfort que dans un cocon familial?

### **Soigner comment?**

Vaste débat auquel ce numéro de "l'accueil familial en revue" espère contribuer.

Rappelons simplement qu'en partageant sa vie familiale, une famille d'accueil introduit un être dans un système d'échange et de reconnaissance fondateur et réparateur. Ce repérage, voire cette reconstruction, du sujet s'appuient sur les mouvements psychiques les plus forts qu'ils se construisent dans le présent ou qu'ils ressurgissent du passé.

### **Qui soigne?**

La famille et ses affects? L'accueil et son empathie? Les divers professionnels et leur expérience? Ou le dispositif mis en place qui fait intervenir des partenaires de compétence et d'implication différentes.

L'action soignante de chacun (accueillants ou autres professionnels) reste encore un débat. Quelle nécessité y-a-t-il à vouloir distribuer ainsi le soin alors qu'ensemble, chacun, repéré dans ses fonctions ou ses responsabilités, contribue à la mise en œuvre de processus soignants dont certains sont ici exposés.

Ce recueil de textes est le fruit du travail de praticiens de l'accueil familial préoccupés par l'accueil d'enfants ou d'adultes, dans le champ social ou thérapeutique. Les sillons qu'ils creusent ouvrent le chemin d'une compréhension globale de l'accueil familial qui intéresse l'ensemble des professionnels.

## **colloques - journées d'étude**

### **- Montélimar, 26-27/09/96 : "un placement familial à l'aide sociale à l'enfance"**

Rens : Conseil Général - D.S. 26 - 13 avenue M. Faure - 26000 Valence - tél : 04 75 40 93 22 poste 515

### **- Villeurbanne, 26-27/09/96 : "le placement familial au long cours, et alors? et après?"**

Rens : SLEA - accueil familial - 7 rue A. Lumière - BP 35 - 69352 Lyon cedex 08 - tél : 04 78 74 00 56

### **- St Malo, 21-22-23/10/96 : "2001, l'odyssée du placement familial, ou l'illusion du retour"**

Rens : GRAPE - 8 rue Mayran - 75009 Paris - tél : 01 48 78 30 88

### **- Paris, 30-31/01/97 : "l'AFT des adultes : cadre et processus soignants"**

Rens : IFREP - BP 358 - 75626 Paris cedex 13 - tél : 01 45 89 17 17

## **publications**

### **Petite chronique d'une famille d'accueil**

**Jean CARTRY**, édition Dunod

"Soixante chroniques témoignent du quotidien des enfants et des éducateurs. Elles relatent la vie d'une famille d'accueil, au cœur de la relation éducative, dans la tendresse ou la crudité des instants et des mots"

*Jean CARTRY et sa femme sont éducateurs spécialisés depuis trente ans. Ils sont parents de six enfants "biologiques" et de trois enfants adoptés.*

### **Que sont-ils devenus? Les enfants placés à l'Œuvre Grancher - Analyse d'un PFS** **Marthe COPPEL - Annick-Camille DUMARET**, édition Erès

"Une équipe constituée de chercheurs et de praticiens du placement familial s'est attachée à retrouver des jeunes adultes qui ont passé une partie importante de leur enfance dans le cadre d'une institution de placement familial, l'Œuvre Grancher. Ce travail conjugue une démarche rigoureuse et scientifique et une expérience clinique du placement familial"

*Marthe COPPEL est psychiatre, médecin responsable du placement familial de l'Œuvre Grancher. Annick-Camille DUMARET est psychologue, ingénieur de recherche à l'INSERM.*

### **Destins d'enfants - adoption - familles d'accueil - travail social**

**Françoise DOLTO - Nazir HAMAD** - entretiens, édition Gallimard

"Destins d'enfants nous laisse entendre Françoise DOLTO lors d'une conférence devant un public de travailleurs sociaux, et dans de longs entretiens avec Nazir Hamad, psychologue dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance, dont elle accompagne la réflexion sur l'adoption et les enfants placés dans des familles d'accueil nourricières ou adoptives."

### **Annuaire des placements familiaux**

Réalisé par l'Association Nationale des Placements Familiaux (34 rue de Paradis - 75010 Paris) Cet annuaire recense, sous forme de fiches signalétiques, les coordonnées des services de placements familiaux. Il sera disponible fin 1996 au prix de 180 F. Souscription possible : 150 F

## UNE DIMENSION CACHÉE DES PRATIQUES DE SOIN : L'ACTION SUR LE CONTEXTE

Je soigne, tu soignes, nous soignons. Tous les jours, et même sans le savoir. Certains d'entre nous ont étudié longtemps, ont une ou plusieurs peaux d'âne, se sont formés, se forment encore. Avec le fruit de tous ces efforts, qui les estampillent, ils ont acquis le droit de soigner, chacun à sa façon. Ils défendent ce droit. Ils le déniaient à ceux qu'ils jugent mal formés, parfois ils s'excommunient les uns les autres, car l'enjeu est de taille en termes de pouvoir, de prestige, d'argent. Il arrive même que la loi garantisse l'estampille, comme c'est le cas des pièces d'orfèvrerie : on appelle alors ça "l'art de guérir". D'autres placent ailleurs leur compétence. Ils sont par exemple pédagogues, éducateurs. Quand les textes qui définissent leur action leur imposent une fonction soignante, ils se sentent mal à l'aise, ils ne se situent pas bien.

Remarquez, se voir reconnaître un droit de pratique n'implique pas le savoir véritable de ce dont il retourne. Qu'est-ce-que soigner? Nous ne serions pas ici à nous interroger si la tradition dont nous nous réclamons ne laissait place, au sujet du soin, à quelques équivoques. Le sens premier semble être simplement : s'occuper de quelqu'un ou de quelque chose avec attention, avec sollicitude. Mais un sens dérivé survient très tôt dans l'histoire de la langue, qui désigne l'acception médicale : "prendre soin d'un malade, lege artis", c'est à dire pas n'importe comment mais selon une règle procédant d'un art que seuls possèdent ceux qui ont étudié la médecine. Le mire est tout puissant dans son domaine. Ceux qui l'assistent lui sont soumis. Nul ne peut prendre d'initiative en médecine qui ne soit médecin, sous peine de sanctions. Bien plus tard, un autre sens se fait jour, car la moulinette des mots ne peut s'empêcher de tourner et de produire de nouvelles significations en fonction d'évolutions sociales : une catégorie sociale s'autonomise et vise à définir son champ d'action propre. Les divers paramédicaux, et surtout les infirmiers, désignent aujourd'hui ce champ fraîchement labouré et délimité du nom "d'activité de soin", parfois pudiquement anglicisé sous le vocable "nursing". Est-ce à dire que tout à coup les médecins ne soignent plus? Va-t-on leur enlever ce qui faisait leur gloire et leur raison d'être? Il ferait beau temps d'essayer...

Nous assistons donc à un épisode sémantique du conflit séculaire pour l'appropriation du pouvoir thérapeutique. Le constater ne nous apprend rien sur la nature du soin, mais laisse entendre que chaque tentative d'appropriation se doublera d'une tentative pour restreindre le sens du mot d'une façon qui convienne à ceux qui veulent en détenir le pouvoir. La longue hégémonie médicale, qui est loin d'être arrivée à son terme, nous a longtemps fait croire que le soin appartenait en propre à l'ensemble des pratiques que la médecine conserve et développe sous l'emblème de la science expérimentale. Ce n'est pas manquer de respect à celle-ci que de constater qu'il n'en est rien, car il déborde ses contraintes de toutes parts.

Nous allons le voir en partant de nos racines intellectuelles. Le mot grec "therapeuô", qui est l'équivalent le plus exact du mot français "soigner", a donné dans cette langue thérapie, thérapeute, thérapeutique et tous les dérivés. Il possédait trois sens principaux, dont le premier cité a toutes les chances d'être le sens originel : "honorer les dieux", "s'occuper de quelqu'un ou de quelque chose", "soigner un malade".

Les deux derniers sens sont les mêmes qu'en français. Le premier nous étonne, et par là nous apprend quelque chose. Honorer les dieux, dans la perspective antique, c'est prendre soin des sacrifices. Un sacrifice mal accompli apporte aux hommes la maladie et la mort. Le thérapeute, en sacrificateur avisé, rétablit l'équilibre cosmique en un point perturbé, avec pour conséquence de guérir l'individu placé pour son malheur dans l'œil du cyclone. Cela dit, nous ne croyons plus aux sacrifices, avons-nous simplement oublié un sens devenu inutile pour ne conserver que les deux autres? Voire... le sens premier, religieux et rituel du mot, est aussi celui qui privilégie les déterminants contextuels du trouble, et par conséquent du traitement, par rapport aux causes immédiates ou aux symptômes. Rétablir l'équilibre relationnel entre les dieux et les hommes, rétablir l'ordre cosmique, c'est aussi, dans la représentation du monde des anciens Grecs, recréer les conditions élémentaires de la santé, ces conditions sans lesquelles tout effort technique, aussi judicieux soit-il, est inefficace.

Or aujourd'hui, après quelques décennies où la causalité linéaire semblait le paradigme de la rationalité, nous redécouvrons dans tous les domaines du savoir et, bien sûr, en psychologie, la causalité multiple, les boucles rétroactives, la dimension contextuelle de tout phénomène. C'est le contexte, en effet, qui détermine le sens que prend un mot isolé dans une phrase, un acte isolé dans un ensemble de comportements, un symptôme isolé dans un tableau pathologique, une maladie isolée dans un environnement hygiénique, relationnel, économique. Il n'est donc pas nécessaire de croire aux dieux pour savoir, ou pour redécouvrir, qu'une rougeole est bénigne ou grave selon le contexte dans lequel elle se produit, ou qu'une interprétation paranoïaque restera isolée ou s'organisera en système selon la position relationnelle de l'individu visé dans son groupe, dans sa trajectoire, dans son histoire. Mais c'est le sens oublié, et religieux, du mot grec signifiant soigner qui recèle, dans son épaisseur sémantique, l'évidence face à laquelle nous étions devenus aveugles, ou du moins myopes, gravement.

La médecine traditionnelle, avec ses faiblesses et ses dérives, sait cela avant toute autre chose. Elle ne saurait l'oublier que sous l'influence, précisément, d'un mercantilisme ou d'un scientisme mal digéré. L'alliance contre nature d'une tradition en perte d'âme et d'une avidité de résultats moderniste produisant les effets sectaires que l'on sait. Mais la médecine traditionnelle, la vraie, c'est celle qui faisait dire à un grand maître africain : "ce que tu peux soigner en un mois, soigne-le en un an". Comme les clients se bousculaient à sa porte, et qu'il ne pouvait en traiter qu'un petit nombre à la fois, il ne s'agissait pas d'exploiter autrui. Il s'agissait d'affirmer que seul le temps permet à un changement quelconque d'asseoir ses effets de proche en proche, dans tous les cercles successifs de l'entourage, et d'éponger les chocs en retour de chacun des changements. Le temps est la condition de toute action sur le contexte.

A propos du religieux, je m'en voudrais ici de ne pas signaler à ceux qui l'ignorerait encore que les croyances pittoresques et barbares sont souvent le support d'un symbolisme efficace, pour le mal comme pour le bien. Lorsqu'un guérisseur africain voit dans la maladie le résultat d'un désaccord entre l'homme et des instances surnaturelles, il y croit autant que ses patients, mais il sait un peu mieux qu'eux que chacune de ces instances est en relation métaphorique avec les axes organisant la filiation et le lien social, et que, par conséquent, l'action thérapeutique rituelle est un moyen privilégié d'action sur le contexte. Je ne suis pas là pour développer chacune de ces thèses comme elles pourraient et devraient l'être. Je ne suis pas là pour défendre la médecine traditionnelle face à la médecine scientifique, dont par ailleurs je me réclame. Mon propos est de tirer des considérations qui précèdent une définition opérationnelle du soin, et de l'appliquer à l'objet de cet article.

Il semble bien en effet que l'activité de soin doive tenir compte d'une double adéquation si elle veut être à même de produire pleinement son office :

-en premier lieu, elle doit être adéquate à l'objet dont elle s'occupe, comme la clé doit l'être à la serrure. En d'autres termes, que l'objet soit la maladie, le corps malade, la personne tout entière, une famille perturbée, ou que sais-je encore, il faut que le soin se fasse - lege artis - selon une technique adaptée. Tout l'effort de la médecine, et d'une part majeure de la psychiatrie et des sciences humaines appliquées, vise à définir, pour chaque trouble identifié par un faisceau de signes et ainsi objectivé comme une chose, la technique la plus efficace pour le réduire. La médecine, chaque fois qu'elle le peut, soigne par des moyens spécifiques une maladie, c'est à dire une sorte d'espèce naturelle qu'il faut éradiquer. Lorsque cela n'est pas possible, elle soigne un organe malade par des moyens qui conviennent à cet organe. Il est beaucoup plus rare qu'elle soigne le corps en son entier. Lorsque le psychiatre soigne une maladie mentale, il se conforme, généralement, au même modèle, avec des résultats qui sont loin d'être nuls mais qui paraissent toujours incomplets. Lorsqu'un psychologue traite une conduite pathologique, ou même lorsqu'on cherche à réduire de façon ponctuelle un trouble de la relation, on ne quitte pas le modèle de la clé dans la serrure, celui de la recherche de la technique la plus efficace. Cette dimension technique du soin a beaucoup de mérites, il ne s'agit nullement de la répudier. Mais elle ne suffit pas.

- l'adéquation doit en effet se chercher tout autant par rapport au contexte dans lequel évolue l'objet dont on s'occupe et qui, le plus souvent, le définit et le construit. J'entends par contexte le milieu physique et biologique, ainsi que l'environnement relationnel, social, économique et culturel. Cette adéquation au milieu est ce que j'appelle la dimension référentielle du soin. Elle est à la base de l'efficacité des pratiques traditionnelles de guérison, que soulignent tous les observateurs non prévenus - et même quelques observateurs prévenus... Efficacité d'autant plus remarquable qu'elle survient dans des conditions techniques souvent déplorable.

Dans notre univers technomorphe, c'est l'inverse : la qualité des pratiques de soin s'est élevée à un niveau appréciable. Nous en tirons des résultats, nous en sommes fiers, nous voulons apporter ces résultats en cadeau au reste du monde. Mais nous avons pris l'habitude de méconnaître la dimension référentielle et souvent, sans le savoir, nous la contrarions. De ce fait, non seulement nous nous privons d'un certain nombre de résultats possibles et souhaitables, mais nous sélectionnons involontairement des effets négatifs et pathogènes, dont le développement et l'accumulation font partie de ce que l'on appelle l'émergence de pathologies nouvelles. Ceci mérite un bref développement :

Dans sa dimension référentielle, le soin vise à rétablir l'individu dans une relation fonctionnelle satisfaisante avec l'environnement. L'individu est un partenaire d'échanges obligés avec le milieu extérieur, avec d'autres individus, avec des institutions. La maladie est corrélative, soit en tant que cause, soit en tant que conséquence, d'une détérioration de ces échanges. Le corps malade grossit, maigrit, devient incapable de maintenir son équilibre homéostatique. De la même façon, l'individu reconnu malade mental perd son crédit, son statut, son emploi, sa capacité d'en retrouver. Le simple maintien de sa position sociale lui demande un effort considérable, et très vite impossible à tenir. Il se trouve vite exclu des échanges valorisants avec autrui alors que ces échanges sont une condition indispensable de la santé mentale. Lorsque l'on oublie de tenir compte de la dimension référentielle du soin au profit des seules considérations techniques, la personne s'identifiant toujours peu ou prou à sa souffrance se voit elle-même traitée comme une chose.

La souffrance psychique est toujours signe (j'emploie le mot signe au sens fort de manifestation symbolique) d'une difficulté d'insertion relationnelle. Le malade chosifié par l'approche technicienne voit par le fait même ses difficultés aggravées. Un exemple entre mille : il a fallu longtemps pour qu'on accepte l'idée qu'un délirant pouvait être écouté, qu'il avait quelque chose à nous dire à travers son délire et grâce à lui. Maintenant qu'on le sait, on lit un délire comme à livre ouvert, on y trouve les relations familiales décrites, sous un voile léger, avec une redoutable clairvoyance.

Naguère on n'y comprenait goutte, on interprétait tout cela comme "troubles de processus associatifs", et on traitait par la chirurgie ou par l'électricité. Celui qui souffrait de l'absence de reconnaissance de la part d'autrui ne pouvait qu'être confirmé dans sa déréliction.

L'émergence de pathologies nouvelles, c'est encore autre chose mais cela va dans le même sens. L'épidémie de suicides et de toxicomanies n'a-t-elle vraiment rien à voir avec la disparition progressive des liens sociaux transgénérationnels, ni avec l'univers mercantile qui est le nôtre? Les liens de parenté élargie amarraient en quelque sorte chaque individu au groupe, ils lui fournissaient des repères d'identification précis. Aujourd'hui, la famille même nucléaire éclate, et l'identité n'y résiste pas. Reste aux jeunes la seule relation horizontale aux autres jeunes de la même classe d'âge, pour faire corps, pour former des bandes. C'est sans doute désespérément mieux que rien. La drogue qui circule est à la fois le symbole matériel de l'appartenance au groupe, et la marchandise idéale, c'est à dire l'objet cher et prisé dont la possession garantit l'accès au bonheur de fusion. Il suffit, d'ailleurs, de regarder un peu de publicité pour remarquer combien tous ces clips seraient plus convaincants s'ils vantaient la cocaïne, l'héroïne ou l'ecstasy.

Pourrions-nous retrouver la dimension référentielle dans nos interventions soignantes? Ce que je définissais dans le titre de mon propos comme une dimension cachée ne l'est que parce qu'elle est recouverte par les strates déposées par quelques décennies de technicité triomphante, et aussi parce qu'elle est contraire à certaines habitudes de pensée qui nous collent encore à la peau. Pour la retrouver, il nous serait utile de nous mettre à l'école des tradipraticiens.

Un bel exemple est celui que raconte Maurice Dorès dans son livre "La Femme Village" :

Après son accouchement, NDiari est devenue folle. Elle ne parle plus, ne marche plus et refuse de manger. Un grand guérisseur est appelé. Il prend NDiari chez lui avec sa mère et son mari. Il va chercher une chèvre. Il dit au mari qu'il faut manger la chèvre et laisser NDiari. Il demande à la mère de faire cuire la chèvre pour que sa fille mange. Il demande au mari ce qui vaut mieux : un homme qui a une femme ou un homme qui n'en a pas. Sur sa réponse favorable ("c'est un homme qui a une femme"), il donne de la viande de chèvre au mari pour qu'il la fasse bien cuire, puis il lui demande de la manger avec sa femme. NDiari a été guérie. L'ensemble de la cure a duré plusieurs semaines.

Que s'est-il passé? Une véritable opération symbolique. Le guérisseur devine que NDiari est malade de la relation qui l'unit à son mari, et qu'elle le soupçonne de vouloir la manger, c'est à dire la priver de ses ressources existentielles. Il commence par libérer symboliquement NDiari de l'emprise de son mari en lui substituant une chèvre. Il fait entrer la mère dans le jeu, pour faire accepter à la famille le mari "blanchi par son séjour chez le guérisseur". Il opère au moyen de systèmes de croyances (celle que tout le peuple partage, au sujet de la sorcellerie - et celles qui sont propres à cette famille-là, au sujet de la nature de leurs relations) pour modifier le déséquilibre relationnel au profit de la malade.



Le guérisseur traite (symboliquement) le déficit relationnel d'une personne par rapport à toutes les composantes de son environnement et rétablit l'équilibre des échanges affectifs et symboliques.

Ce type d'action thérapeutique est-il réservé aux tradipraticiens et aux sociétés traditionnelles? En toute logique, et nous le savons bien, de tels déséquilibres existent aussi chez nous. Mais il nous manque un univers symbolique simple et cohérent, partagé par tous, et qui servirait de support aux interventions symboliques. Rien ne nous empêche, pourtant, d'être attentifs aux éléments contextuels, de les comprendre, d'en apprécier le rôle sur la formation des troubles personnels, et même d'imaginer des procédures correctrices.

Dans cette perspective, on voit que la fonction soignante dépasse de très loin quelque catégorie professionnelle que ce soit. Si la dimension technique du soin doit être le plus souvent réservée aux seuls gens compétents et diplômés, la dimension référentielle s'exerce à travers toutes les barrières professionnelles. Il serait même parfaitement illusoire d'en réserver l'usage à qui que ce soit, parce que nous sommes tous, par la force des choses, des acteurs contextuels, que nous le voulions ou non. Encore faut-il, pour jouer convenablement son rôle dans cette partition, être à la fois attentif, intelligent, créatif et bien disposé. Ce qui n'est pas donné à tout le monde, et en tout cas pas tout le temps. Car dans ce domaine rien ne va garantir a priori le caractère thérapeutique de nos interventions. Nous pouvons être bons, ou thérapeutiques, pour certains, et mauvais ou pathogènes pour d'autres, tout en restant nous-mêmes. Là encore, la tradition africaine nous aura prévenus : un bon guérisseur est aussi, le plus souvent, capable de faire de terribles envoûtements...

Il n'est pas inutile, il est même très éclairant, de poser en ces termes le problème du soin en accueil familial. Dans un système d'accueil familial supervisé coexistent, par définition, des personnes dont on s'occupe, d'autres qui accueillent, d'autres qui supervisent. En général, les accueillants ne sont pas des professionnels, ni de l'action sociale, ni des pratiques de soin. Tout en acceptant jusqu'à un certain point de partager avec eux leur savoir, les superviseurs évitent le plus souvent de leur en livrer la clé. Ils ont pour cela de bonnes et de mauvaises raisons : la spontanéité, voire la naïveté ont, dit-on, leurs mérites propres. Il est vrai que la naïveté vaut souvent mieux qu'un demi-savoir mal assimilé. Et qu'il est impossible de faire des formations pour familles d'accueil l'équivalent d'un diplôme d'études supérieures.

Mais l'argument ne vaut-il pas pour les professionnels eux-mêmes, qui ne disposent chacun, à bien y regarder, que d'un savoir fragmentaire? Où se trouve dès lors la limite, sinon dans l'arbitraire? La difficulté est à la fois d'ordre logique et d'ordre pratique. Elle sous-entend d'interminables luttes d'influence, au sein même des castes privilégiées du savoir.

La solution que je propose de lui donner est simple, et me paraît élégante. Ce que j'ai appelé la dimension référentielle du soin est, en droit et en fait, l'apanage inaliénable de chacun, quelle que soit la formation scolaire reçue, du simple fait de sa participation à un contexte culturel donné. De la même façon que nous partageons un langage, nous partageons une culture, nous partageons des références communes qui nous servent à situer les humains, à les définir, à les valoriser, ou à les dévaloriser. C'est une fonction que j'appelle "psycho-active", pour dire qu'elle ne s'exerce pas forcément dans le bon sens, mais qui peut être véritablement thérapeutique, et dont je prétends que des gens sans formation l'exercent parfois beaucoup mieux que des professeurs, ou même que des thérapeutes professionnels.

Les familles d'accueil ont à remplir cette fonction-là. Je ne veux pas dire que toutes le fassent bien. Je veux dire qu'elles sont appelées à le faire, même lorsque ceux qu'elles accueillent ne se définissent pas comme malades. Car cette fonction soignante-là est tout autant fonction pédagogique au sens le plus essentiel du terme : celui qui fait qu'une tête est bien faite, qu'une personnalité est bien structurée.

Si nous reconnaissons aux familles d'accueil l'exercice légitime d'une fonction soignante de type référentiel, nous réserverons aux intervenants professionnels la dimension technique du soin, chacun selon sa spécialité. Cela évite de les dissoudre dans le magma où se sont enfoncées certaines expériences de thérapie communautaire, où tout le monde était censé faire n'importe quoi.

Mais les intervenants professionnels auraient tort de ne revendiquer comme domaine propre que la seule dimension technique et de s'y réfugier. Eux aussi participent de la fonction soignante référentielle. Eux aussi sont des acteurs contextuels. Et c'est à eux qu'on demandera d'analyser les effets contextuels d'une situation concrète d'accueil familial. C'est à eux qu'il revient d'en évaluer l'impact, bénéfique ou non, pour la personne accueillie. C'est à eux de décider du début ou de la fin d'un accueil, donc de choisir le contexte dans lequel l'accueilli évoluera. Leurs interventions sont des manipulations contextuelles qu'on voudrait espérer heureuses, et qui agiront par leur signification symbolique autant que par leur impact de réalité.

C'est cela qui me fait dire, avec un plaisir certain mais aussi avec la conviction qu'il ne s'agit pas d'une métaphore, que l'intervenant exerce à son insu une fonction qu'il partage avec le guérisseur. Comme celui-ci, il utilise les représentations sociales propres à la famille d'accueil pour modifier la position sociale de l'accueilli et préciser ses repères identificateurs.

**Daniel SCHURMANS**

psychiatre, psychothérapeute

auteur de "le diable et le bon sens", L'Harmattan, 1994

## LE SOIN EN ACCUEIL FAMILIAL : DES EFFETS DE L'ACCUEIL À LA QUESTION DU CHANGEMENT

### 1. De la question du soin en accueil familial à celle des effets de l'accueil en famille

En accueil familial, lorsque la notion de soin renvoie au "thérapeutique", une série de questions émerge immanquablement.

Une famille a-t-elle le pouvoir de rétablir "le bon état", "le bon fonctionnement" voire le "bien être" d'un enfant ou d'un adulte, accueilli précisément car en "mauvais état", présentant des "dysfonctionnements" ou du "mal être"? S'il existe des capacités "soignantes" chez une famille d'accueil, que se passe-t-il lorsque l'accueilli n'est pas en "mauvais état", ne présente pas de "dysfonctionnement", de "mal être"? Qu'engendrent ces vertus "thérapeutiques" lorsqu'elles perdent leur objet? Administrées à un sujet "en bonne santé", produisent-elles alors "plus de santé", ou se comportent elles comme certaines potions, qui, prescrites à des sujets sains leur causent des troubles? Que se passe-t-il en accueil familial social? Est-ce tant l'état de santé des personnes que la nature du projet qui définit le statut de l'accueil : social ou thérapeutique? Peut-on faire l'hypothèse qu'il existe des propriétés thérapeutiques dans le dispositif d'accueil familial?

Ces propriétés sont-elles intrinsèques aux familles d'accueil, ou émergentes du système "famille d'accueil- équipe-accueilli"? Sont-elles inhérentes aux familles en général ou réservées à certaines? Il faut bien que les familles d'accueil aient des possibilités thérapeutiques, fussent-elles consubstantielles à l'équipe et à l'accueilli, car si les capacités des équipes suffisent, pourquoi mobiliser des familles? Bien sûr, le choix du sujet accueilli est requis pour que le soin aboutisse, mais ceci est constant dans toute démarche thérapeutique. Il semble fondé de penser que les familles d'accueil à l'intérieur d'un dispositif participent à la production d'effets.

Nous connaissons tous le cas d'un patient où l'institution était en échec, et qui dans un contexte d'accueil familial vit une amélioration de sa situation.

À l'inverse, j'ai en mémoire des situations où, à l'issue d'un accueil, la famille décide de poursuivre, par-delà le cadre institutionnel, et où la situation se détériore de manière importante.

L'effet thérapeutique semble être une qualité émergente de l'ensemble du dispositif d'accueil familial. La famille apporte sa nature "familiale" dans ses multiples dimensions (symbolique, imaginaire et... bien réelle). C'est l'institution et l'équipe qui organisent, définissent et qualifient la nature des événements qui vont se produire entre les protagonistes. Les relations dans le cadre de l'accueil familial sont constamment à redéfinir. Car les motifs respectifs qui fondent la rencontre ne sont pas faciles à assumer :

- pour l'accueilli : une carence, une défaillance, une difficulté, un symptôme, une famille...
- pour la famille d'accueil : ses motivations plus ou moins éclaircies, plus ou moins faciles à assumer. La tentation pour chacun de vivre l'accueil en se décalant à d'autres places est structurelle : "il est comme l'enfant de la famille", "c'est un peu comme ma mère", "notre travail est celui de l'infirmier", "nous sommes des amis maintenant", "c'est une soeur"... La liste est longue, et ce jusqu'aux relations sexuelles dans le "cadre" de l'accueil.

Il est d'une impérieuse nécessité que l'institution travaille à la re-définition permanente des relations. Comme dans cette série de tableaux de René Magritte, où il nomme l'objet représenté à l'intérieur du tableau lui-même : "Ceci est une pomme". L'équipe, au-delà de la fonction de cadre - qui correspondrait en peinture à délimiter l'oeuvre à l'intérieur du tableau - à une fonction de nomination : "Ceci est un accueil familial".

La notion de soin renvoie à "faire quelque chose avec soin". C'est une définition qui, ramenée à l'accueil familial, est à ne pas négliger. C'est avec soin qu'il faut recruter les familles (les rencontrer). C'est avec soin qu'il faut travailler les admissions (rencontrer les "demandeurs"). C'est aussi avec soin qu'il faut mettre en place l'accueil (travailler à la rencontre entre famille et accueilli). C'est avec soin toujours qu'il faut accompagner l'accueil dans ses processus, et soutenir chacun dans cette rencontre et dans ce qu'elle autorise ou aliène.

Je prends ici le mot soin... avec soin. Certainement pas en considérant l'accueil familial comme une activité annexe d'une institution. Ou en organisant le travail de façon à rendre insuffisantes les visites (je ne parle même pas de la qualité). Ou encore, sans permettre le travail d'élaboration de la pratique de ceux qui ont en charge les situations. La nature complexe de l'accueil familial confronte les intervenants à des situations toujours impliquantes et difficiles. Nous pourrions multiplier les exemples de négligence à l'égard de l'accueil familial et de "mauvais traitements" infligés à ce dispositif, par méconnaissance ou ignorance de ses réels enjeux.

## 2. Parler des effets de l'accueil, c'est poser la question du changement

Qu'attendons-nous de l'accueil familial si ce n'est que "ça" change ? La notion de changement est à la fois simple et complexe à définir. Différentes conceptions peuvent être envisagées :

- dans le modèle médical, le changement, qui correspond à la "guérison", est un retour à l'état précédent défini comme étant la santé. "La suppression de la cause pathogène entraîne la disparition de la maladie et donc la guérison"<sup>1</sup>. Dans ce schéma sous-tendu par une référence à la physique newtonienne, les deux propriétés essentielles du changement sont le déterminisme et la réversibilité. "Ce qu'une évolution a fait, une autre en sens contraire peut le défaire et restaurer la situation initiale"<sup>2</sup>.

Ce qu'une "famille dysfonctionnelle" à "fait" une autre qualifiée de "fonctionnelle" le défera?

- dans une perspective psychanalytique classique, la fonction de l'abréaction (insight) est au centre de la question du changement. Or, ce n'est pas la modalité de changement qui opère en accueil familial. Des changements surviennent sans pour autant faire l'objet chez l'accueilli d'une quelconque prise de conscience de ce qui a présidé à la genèse du problème qui s'est transformé durant l'accueil.

- les premières modélisations systémiques ne permettaient que de rendre compte de la stabilité. Ainsi, F. Bridgman propose "...le placement familial comme un système dont le mécanisme homéostatique essentiel est fondé sur la crise permanente, ce qui permet à chacun des sous-systèmes impliqués d'en obtenir légitimité et confirmation. La famille naturelle utilise la crise pour renforcer son homéostasie. La Justice et l'Aide sociale à l'enfance "sauvent un enfant". La famille d'accueil en tire la preuve de sa compétence professionnelle..."<sup>3</sup>.

Ces modélisations référées aux systèmes à l'équilibre nous renseignent plus sur pourquoi "ça se passe comme ça se passe" que sur "de quelle manière ça pourrait changer".

Comment penser la question du changement à partir de cadres théoriques qui rendent compte de la stabilité, c'est le constat qu'Elkaïm et Trappenniers firent en retraçant les étapes de l'évolution des thérapies familiales où selon leur formule : "Nous avons donc un modèle théorique qui rendait compte des systèmes stables alors que nous étions spécialistes du changement."<sup>4</sup>

Dès 1980, un groupe de thérapeutes familiaux, utilisant les travaux de Prigogine et de ses collaborateurs sur les systèmes à l'écart de l'équilibre et les structures dissipatives, ont entrepris de répondre à la question : comment les systèmes humains changent-ils?<sup>5</sup> À l'écart de l'équilibre, le système change par transition abrupte. Une variable amplifiée, jusqu'à un certain effet de seuil, conduit le système, par bifurcation, vers de nouveau régime de fonctionnement. Selon cette théorie, le nouvel état du système est imprévisible et irréversible. La modalité de changement par amplification d'une variable est capitale pour l'approche des systèmes humains, car cette démarche privilégie la singularité des situations aux détriments des lois générales.

Pour illustrer la question du changement dans un système relationnel par amplification, prenons la situation d'une mère toxicomane et de son enfant accueillis en famille.

L'accueillant a une activité professionnelle en rapport avec l'aide et la thérapie. Il est clairement établi entre le service d'accueil familial et la famille que l'accueil n'est pas fondé sur cette activité "thérapeutique" mais sur la dimension familiale de leur désir d'accueil. Malgré tout, il n'est pas évident de tenir cette exigence avec rigueur et constance, surtout pour des personnes au naturel aidant et ayant besoin d'une certaine reconnaissance de leurs compétences.

L'accueillie bénéficiait d'une prise en charge avec le psychologue du service ; j'effectuais l'accompagnement de l'accueil dans sa globalité. Rapidement, une structure relationnelle redondante s'installa. La jeune femme alternait phases "déprimées" et phases "normales".

Les protagonistes étaient d'accord pour attribuer à cette alternance la signification suivante : au retour de la consultation avec le psychologue, elle est déprimée. L'accueillant ajoutait : heureusement je suis là pour la "remettre d'aplomb". Le psychologue la "rendait" dépressive, lui la "soignait". Le psychologue acquiesçait en partie à cette conception : "il est normal que les entretiens la bouleversent, c'est même le signe du bon fonctionnement du travail". L'accueillie, partagée entre le désir de poursuivre ce travail douloureux et celui de l'interrompre, souscrivait à cette thèse. Or, si tout le monde pouvait s'entendre sur "l'étiologie" du phénomène, les parties étaient loin d'en préconiser le même traitement : la famille souhaitait qu'un terme soit mis à ces consultations ; le psychologue aurait bien envisagé que l'on termina cet accueil.

Ayant repoussé cette alternative, j'examinais avec la famille et l'accueillie la situation concrètement : à qui et en quoi, cela pose problème qu'à l'issue des entretiens elle rentre "déprimée"? D'abord, il me semblait que, pour quelqu'un qui souhaitait être reconnu pour ses capacités à aider, aider ne devait pas constituer un gros problème. Ensuite, la famille convenait que dans la mesure où la jeune femme souhaitait poursuivre les entretiens, il y avait peut-être, au-delà des apparences immédiates, un gain pour elle à les maintenir. Bien qu'en rivalité thérapeutique avec l'institution, ils n'étaient pas prêts, dans ces conditions, à nier officiellement l'intérêt de la prise en charge psychologique. Mais ils ne lâchaient pas prise pour autant.

L'activité de l'accueillant le conduisait à s'absenter souvent du domicile. Si l'accueillie voyait le psychologue en son absence, il ne serait pas là pour "la remettre d'aplomb". Je lui proposais alors de fixer les dates des consultations en fonction de son emploi du temps. Cette proposition tout à fait sérieuse mit un terme à la controverse : "je ne peux quand même pas faire ça" rétorqua-t-il. Ainsi, la place que je lui offrais, et qu'il revendiquait, ne lui paraissait plus tenable, à savoir : être celui qui est le mieux qualifié pour prescrire et organiser les soins à l'accueillie.

La famille pense qu'elle est mieux placée pour savoir ce qui convient à l'accueilli. Ceci est à la fois faux et vrai. Leur vécu au quotidien leur confère un savoir d'une qualité radicalement distincte de celui de l'équipe sur l'accueilli. C'est précisément pour cela que l'on fait appel à eux. Mais l'accueil familial est aussi un système structurellement hiérarchisé : pas d'accueil familial sans structure qui l'encadre et lui donne son sens. Il y a là un principe que les familles d'accueil doivent accepter. En revanche, les équipes doivent prendre en compte la place que les familles pensent occuper. La famille est première : "pas d'accueil familial sans famille d'accueil". L'institution est première : "pas d'accueil familial sans encadrement".

Dans cet exemple, le psychologue représente "la science" de l'institution. Il symbolise pour les accueillants tout à la fois le discours de l'institution, son idéologie, et sa méthode de soin, par opposition à ceux de la famille. La famille re-qualifie sa compétence en disqualifiant celle de l'institution au travers de ce qu'elle pense être un de ses emblèmes (la psychologie).

M'opposer à cela conduirait à maintenir la structure relationnelle et n'aboutirait qu'à renforcer la croyance de la famille. Avec le risque que l'accueillie s'utilise, alliée à la famille contre l'institution, dans ce jeu du "qui perd gagne". Ce qui permettrait à la famille de vérifier dans l'échec l'incompétence institutionnelle. La famille peut également, ne se sentant pas suffisamment prise en compte par l'institution, demander à mettre un terme à l'accueil.

Renoncer à ma place de porteur du cadre de l'institution, en m'alliant à la famille contre le psychologue, ici en place d'emblème de l'institution, ne me paraît ni envisageable ni souhaitable, car cette position reviendrait à disqualifier l'institution elle-même. Il n'y aurait plus d'accueil familial, seulement des "chouettes copains" qui vont sauver ensemble une mère et son enfant. Ma position soutient à la fois les deux niveaux de priorités. La place de la famille dans ce qu'elle vit : ce que vous dites est important. Celle de l'institution au travers de sa figure emblématique, puisqu'il ne s'agit pas de renoncer aux entretiens psychologiques, mais juste, à partir d'une prise en compte du vécu familial, d'en aménager les modalités fonctionnelles.

Cette intervention constitue en fait une amplification de la position de la famille d'accueil, à savoir : qui doit décider du soin. Poussée jusqu'à l'absurde, cette position, en visibilisant la façon dont la famille envisageait ses relations avec l'institution, ne les rendait plus possibles de la même manière. En créant un point culminant à ce jeu relationnel, la structure relationnelle ne pouvait que bifurquer vers d'autres modes d'interactions.

Il existe une autre voie que celle de la première cybernétique décrite précédemment. Les biologistes de la cognition F.J. Varela et H. Maturana proposent, à partir de travaux sur des systèmes vivants complexes, comme ceux que l'on rencontre en neurobiologie ou en immunologie, de nouveaux paradigmes, plus aptes selon eux, à conceptualiser les systèmes autonomes.

Un système autonome est un système dynamiquement défini par son organisation. Celle-ci se caractérise par l'ensemble des relations qui définissent le système comme une unité distinguable de son milieu. La conservation de l'organisation est une condition sine qua non de son existence et de son identité. La structure du système est un second niveau conceptuel superposé à celui de l'organisation. La structure définit l'ensemble des relations effectives entre les composants présent dans un système. L'interaction récurrente avec le milieu est source de perturbations constantes pour le système. Le système sélectionne parmi ses structures possibles celles qui lui permettront de conserver son organisation.

Ce type de transformation structurelle s'appelle couplage structurel. La structure subit les transformations indispensables à la conservation de l'organisation du système. L'invariance de l'organisation détermine l'ensemble des transformations qu'il peut subir sans perdre son identité.

À ce sujet, H. Maturana est clair : " Si au cours d'une interaction... l'un des changements structurels provoque la destruction de l'organisation du système, ce dernier se désintègre et achève son existence"<sup>6</sup>. Le couplage structurel est le processus par lequel les interactions continues et récurrentes d'un système et de son environnement perturbateur, produisent une sélection parmi les structures possible. La structure d'un système détermine, d'une part l'état et le domaine de perturbations possibles, et d'autre part la possibilité, pour le système de fonctionner dans un environnement donné<sup>7</sup>.

Pour rendre intelligible cette série de concepts, prenons deux situations d'accueil familial.

### **Les difficultés d'une assistante maternelle**

Madame M. est assistante maternelle depuis une dizaine d'années. Elle participe à une formation dans le cadre du décret de 1992. À cette occasion, elle exprime aux formateurs ses difficultés dans l'accueil en cours. Il s'agit d'un petit garçon de 5 ans qui a des problèmes d'énurésie. Elle se sent désemparée, d'autant que cette difficulté est apparue pendant l'accueil .

Les formateurs sont bien obligés de constater que, pour cette femme, cet enfant ne présente pas d'autres problèmes, c'est sa seule réelle préoccupation. Mais elle est de taille : elle ne sait vraiment pas quoi faire, "elle a tout essayé". Et, ni le groupe par ces pragmatiques suggestions, ni les formateurs avec leurs solides expériences ne semblent pouvoir l'aider. Les formateurs, embarrassés par son embarras, essaient d'élargir la réflexion à d'autres accueils que cette assistante maternelle a déjà vécus, et aux éventuelles difficultés qu'ils lui avaient posé.

Il s'avère qu'elle a eu des problèmes avec une adolescente qui "était anorexique, comme on dit", et qu'elle s'était beaucoup inquiété pour un nourrisson qui avait un problème de constipation "pathologique". Ces deux s'ajoutant à la première, un thème semblait prendre sens pour les formateurs et l'assistante maternelle, autour de ce qui rentre et ce qui sort du corps.

En poursuivant, il apparut que cette femme avait été traversée par des événements liés à ces thèmes de façon douloureuse, et que si ces difficultés n'étaient plus aujourd'hui d'actualité, cela constituait un ensemble de significations auxquelles elle demeurait extrêmement sensible. Ici, chacun des membres du système d'accueil familial détermine les possibilités et les limites des événements. Les enfants que la famille a accueillis se sont couplés aux membres de la famille d'accueil en fonction de leurs structures respectives. Celles-ci résultent des couplages successifs auxquels ces enfants ont participé au cours de leur existence, avec leurs parents ou avec d'autres environnements signifiants. L'assistante maternelle interagit avec les enfants en fonction de sa structure. Structure déterminée dans ses possibilités et limites par l'histoire de ses couplages antérieurs avec sa famille d'origine, sa famille actuelle et les autres systèmes sociaux signifiants non familiaux, comme l'équipe de l'Aide sociale à l'enfance par exemple.

Ce n'est pas l'assistante maternelle qui crée l'énurésie du garçon. Pas plus que le garçon est énurétique. Chez cet enfant, l'énurésie existe comme possibilité structurelle. C'est le couplage avec l'assistante maternelle qui sélectionne cette possibilité parmi d'autres. Pour que l'énurésie se produise, il faut qu'elle trouve les strictes conditions de sa possibilité dans l'enfant et son histoire, mais que cette énurésie participe effectivement aux relations avec la famille d'accueil, et l'environnement plus large. Elle représente pour l'enfant une transformation indispensable de sa structure en compensation des perturbations qui proviennent de l'environnement. Ce qui lui permet de conserver son identité, et de poursuivre ses interactions avec le milieu.

L'énurésie maintient les interactions avec la famille d'accueil puisque ce thème est signifiant pour l'assistante maternelle, et les maintient, de manière différente, avec les parents et l'aide sociale à l'enfance.

En effet, l'énurésie constitue une perturbation qui a aussi un impact pour ses parents, le juge, l'équipe... Chacun, en fonction de sa place, de son histoire, et de ses propres enjeux, à partir de cette énurésie, en construira un sens et engagera à son tour de nouvelles significations et de nouvelles interactions. Autrement dit : "Pour qu'un événement traumatique continue à jouer un rôle important au niveau du présent, il faut que le maintien d'un comportement ait une fonction et un sens importants par rapport au système où il se perpétue."<sup>8</sup>

### **Le jeune homme qui voulait "séparer" ses parents**

Un jeune homme utilise des toxiques. Sa mère, qui s'en est aperçue (grâce à lui ?), le traîne de consultations psychologiques en services hospitaliers pour qu'il se soigne. Un jour, la proposition leur est faite d'un séjour en famille d'accueil. Pourquoi pas, cela fera un peu de répit/repos, et si ça ne fait pas de bien ça ne peut pas faire de mal. L'un des problèmes de ce garçon était qu'il souffrait à l'idée que sa mère et son père n'étaient pas faits pour être ensemble.

La famille qui l'accueillit était un "jeune" couple. C'était pour eux, en tant que couple, le premier accueil familial. L'homme du couple, en revanche, avait déjà accueilli. Très vite, la situation devint difficile. Madame se plaignait du jeune homme, lui se plaignait d'elle. Monsieur disait qu'il fallait lui laisser sa chance. Les coalitions prirent consistance, si bien que l'équipe interrompit le séjour. Madame était satisfaite, le garçon partait. Monsieur était déçu : il n'en faisait pas assez. Par ailleurs des conflits entre Monsieur et Madame s'étaient amplifiés. Et l'équipe apprit que le garçon était revenu chez Monsieur, car entre temps, le couple... s'était séparé.

Dans cet exemple, la correspondance est forte autour du thème de la séparation. Le jeune homme vérifie sa croyance, fruit de ses interactions passées, et se faisant s'utilise pour faire vérifier aux membres du couple leurs enjeux dans la relation conjugale. Notons au passage que chacun dans le couple s'utilise aussi dans l'accueil pour valider la croyance du garçon.

Le jeune homme n'a pas séparé le couple. Pas plus que le couple n'avait besoin de lui pour se séparer. C'est le couplage spécifique entre l'accueilli et le couple qui, par la nature de leurs structures respectives, n'a pas permis au couple de conserver son organisation.

### **Conclusions**

Si l'accueil familial a une fonction soignante, il est susceptible de produire du changement. Parler de changements en accueil familial équivaut à supposer que l'accueil familial est générateur d'effets pour celui qui en bénéficie.

Les effets de l'accueil familial sont les transformations structurelles que subit un accueilli pour compenser les perturbations inhérentes aux interactions particulières auxquelles il participe avec une famille d'accueil. Ces transformations structurelles peuvent être qualifiées de positives ou de négatives, c'est là le point de vue de l'observateur. Pour le sujet, ces transformations ne visent qu'à conserver son identité et son adaptation aux différents systèmes auxquelles il appartient (famille) ou avec lequel il entretient des relations significatives (institutions). Les changements structurels du sujet trouvent leurs limites dans celle de son organisation et sont strictement déterminés par l'histoire de ses couplages antérieurs.

En tant que systèmes déterminés par la structure, une famille qui accueille et chacun des membres qui la constituent sont soumis aux perturbations liées à l'interaction récurrente avec un accueilli. À ce titre, ils subissent eux aussi des transformations structurelles pour compenser les effets de ces perturbations.



Dans certain cas, la nature des perturbations peut entraîner la perte de l'organisation du système en tant que famille qui accueille, ce qui conduit certaines à arrêter l'accueil familial. Parfois, c'est l'organisation de la famille comme telle qui se trouve modifiée, ce qui met alors un terme à la famille (séparation du couple, départ des enfants).

J'ai illustré cet article de situations où le changement peut être vu comme négatif. Tout du moins, je n'ai pas utilisé de situation où le changement serait ostensiblement "thérapeutique". C'est une façon de souligner que les effets de la rencontre dans les systèmes sociaux ne fonctionnent pas de façon magique. Même quand ça semble marcher plutôt bien, ce n'est jamais simple. Une chanson de F. Cabrel le dit très bien : "il n'y a pas d'amour sans histoires".

Les réussites existent en accueil familial, nous connaissons tous "d'heureuses rencontres" entre une famille et un accueilli. Les professionnels de l'accueil familial mesurent fréquemment l'investissement de travail que représente de mener à bien sa tâche dans ce dispositif. Utiliser l'accueil familial présente de nombreux avantages, mais si l'on souhaite que les effets de la rencontre deviennent de véritables effets thérapeutiques, cela exige un soin tout particulier dans l'encadrement professionnel de sa réalisation. Bien que totalement déterminables, les couplages structurels entre famille et accueilli sont strictement imprédictibles, ce qui à pour conséquence éthique d'engager la responsabilité de celui qui organise l'accueil familial à en assurer effectivement l'accompagnement. Car, même si le travail lors de la mise en place est fondamental, c'est l'intervention au décours de l'accueil familial qui constitue l'essentiel de l'accompagnement. L'intervention en accueil familial est toujours dans l'après coup.

La "meilleure" sélection possible (!) des futures familles qui accueilleront ne pourra jamais rien garantir de la nature des couplages avec les accueillis à venir. Toute relation de lien social, toute rencontre humaine, expose à l'incertitude. L'aventure de l'accueil familial en tant que vecteur de changements ne peut être que du côté du pari et donc de l'engagement. Le passage est étroit, mais c'est le seul possible.

**Serge ESCOTS**

psychothérapeute de famille

Association Clémence Isaure, Toulouse

1 - Sylvie Wiéviorka : "Changement", in Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques, ESF, 1988

2 - Michel Forsé : L'ordre improbable, entropie et processus sociaux, PUF, 1989

3 - Frédéric Bridgman : "Placement familial général", in Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques

4 - Mony Elkaïm et Éric trappenniers : Étape d'une évolution, approche systémique et thérapie familiale, Privat, 1993

5 - M. Elkaïm, E. Fivaz, R. Fivaz, A. Goldbeter, E. Goldbeter, L. Kaufmann, Cahiers critique de thérapie familiale et de pratiques de réseaux N°3, 4/5 et 7

6 - Humberto Maturana : "Biologie du changement", in cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux N° 9, N°10 et N°11, Privat 1988, 1989, 1990

7 - Fransisco J. Varela : Autonomie et connaissance, essai sur le vivant, Seuil, 1989

8 - Mony Elkaïm : Si tu m'aimes ne m'aime pas, approche systémique et psychothérapie, Seuil, 1989

## **LA PHOTO DE FAMILLE EST ENCORE RATÉE ! OU : SOUS LE SCEAU DE L'INCESSANT SOUCI DU SOIN**

### Parabole irlandaise

Une fermière du Connemara avait deux poules. L'une, un peu follette, ne pensait qu'à aguicher le coq et, lorsqu'elle pondait un œuf, négligeait gravement de le couvrir. L'autre, sage et consciencieuse, s'occupait du coq lorsqu'il le fallait et couvait avec compétence tous ses œufs. Pour éviter d'avoir des œufs par trop brouillés, la fermière avait coutume de prendre l'œuf de la follette pour le confier à la bonne couveuse. Un jour, la première poule couvait au moment où la fermière voulut intervenir. Elle utilisa alors une technique toute irlandaise : elle attrapa la poule en lui calant la tête sous l'aile, la berça doucement deux ou trois fois, et la reposa endormie à côté du nid. Elle se saisit de l'œuf. Mais le coq, pour une fois vigilant, surprit ces agissements et gratifia la fermière d'un coup de bec. Celle-ci lâcha l'œuf, lequel chut et se brisa.

N'agissons-nous pas parfois comme la fermière irlandaise?

L'Irlande est un pays qui mérite bien une ballade : paysages fabuleux, ruines mystérieuses, ciels aussi variables qu'éblouissants, falaises battues par l'océan, sans omettre les "pubs" enfumés où circulent les pintes de bière au son d'une musique qui tour à tour vous envôute ou vous ensorcelle. Difficile d'échapper à quelques clichés... photographiques ou non ! D'autres ont traité à la "famille irlandaise", entité si solide qu'elle a seulement eu accès au divorce, d'extrême justesse, il y a quelques mois.

C'est en écoutant, en 1993 à Dublin, d'anciens "bénéficiaires" de l'accueil familial que l'idée d'une photographie de famille floue, parce qu'en surimpression, s'est imposée à moi.

Anna O'... (c'est son vrai nom) proposait de réfléchir au fait qu'une des sources de difficulté pour l'enfant accueilli était d'être confié à des familles par trop différentes de leur vraie famille. Comme si, dès lors, l'accueilli était dans l'incapacité de s'y retrouver sans sentiment interne de confusion, sans possibilité de rester lui-même et loyal à une image de famille qu'il s'est construit et avec laquelle il s'est construit jusqu'alors, bon gré mal gré.

La superposition instantanée de deux images familiales, quelles que soient les qualités positives ou négatives de chacune et leur netteté, n'a jamais pour résultante une troisième image facile à regarder et à reconnaître, sauf, à la rigueur, d'un point de vue artistique. Cela est d'autant plus compliqué que les photos sont très différentes ou comportent trop de parts d'ombre. Anna O'..., et d'autres avec elle, ont insisté aussi sur le choc, le traumatisme concomitant de tout déplacement de famille, confirmant les dires des professionnels qui ne cessent de réfléchir à cela.

Les préparations les plus attentives semblent impuissantes à atténuer ces phénomènes vécus. Que penser des innombrables fois, où, faute de temps, aucune place n'est laissée à l'élaboration du déplacement !

Déclencher une série de troubles paraît inévitable, même lorsque le déplacement familial a pour but de contribuer à un soin psychique : la rupture d'un système d'homéostasie familiale engendre une souffrance pouvant se traduire par différents symptômes ou syndromes ; parmi eux l'angoisse de séparation, la confusion identitaire, la dépression liée au manque et à la perte de repères usuels.

Il n'y a cependant pas de quoi en faire une maladie ! Quoique...

Il peut être tentant d'aborder cela sous l'appellation "maladie". Les tutelles, employeurs et autres organismes payeurs, y trouveraient enfin matière à justifier les dépenses engagées ! Une maladie, quoi de plus aisé à identifier, à codifier, et... à soigner.

Il nous faut sans délai rechercher la guérison de ce que nous avons provoqué : la "déplacite" dont il existe des formes aiguës et chroniques (et des formes inversées appelées aussi "accueillites") avec ou sans complications (troubles du comportement variés, fugue, inhibitions, voire rejet de la famille d'accueil).

Il y a parfois une période asymptomatique, dite d'incubation, ou encore "lune de miel". Puis les troubles éclatent, imposant le diagnostic aux plus sceptiques. J'ai même eu l'écho récent de techniques de pointes pour prévenir l'apparition des "déplacites", une sorte de vaccination :

Agnès, 5 ans, vit seule avec sa mère depuis toujours. Elle ignore qui est son père. Madame F, mère d'Agnès, a des difficultés psychiques telles qu'elle a du mal à sortir de chez elle. Elle est suivie pour ses difficultés propres. Une thérapie mère-enfant est également en place, tant Madame F est soucieuse de la bonne santé mentale de sa fille jusqu'à déclencher des angoisses chez toutes deux. C'est ce même souci qui a conduit à la formulation d'un projet d'accueil familial thérapeutique, afin de soustraire Agnès à ce climat d'angoisse anxiogène. Projet accepté, après de longues tergiversations, par la mère et la fille, pour se protéger mutuellement.

Agnès est une jolie fillette au développement psycho-affectif satisfaisant. Les contacts préliminaires sont mis en place avec Mr et Mme R qui ont déjà chez eux en accueil une fille un peu plus âgée qu'Agnès.

Agnès réagit aux trois premiers contacts, véritables "injections" de famille, de la manière suivante :

- première visite : de retour chez elle le soir, elle demande à sa mère ce qu'est une famille et pose des questions sur un éventuel papa
- deuxième visite : Agnès est inquiète de quitter sa mère pour une nuit. Le lendemain, elle dira "Je veux bien aller jouer avec la copine, mais je ne veux plus dormir chez les R"
- troisième visite, deux semaines plus tard : Agnès pleure sur le trajet de l'aller, se souvenant de la douleur provoquée par les deux séparations précédentes d'avec sa mère. Au retour, elle demande à ce que le projet d'accueil familial soit abandonné, et demande à sa mère de très vite reprendre contact avec la thérapeute qui assure le suivi mère-enfant.

Agnès paraît vaccinée contre la "déplacite". Faudra-t-il un rappel dans un an? Bien entendu, une intense surveillance post-vaccinale est assurée (travail à domicile en plus de la thérapie mère-enfant).

Dans de nombreux cas, la vaccination est inefficace, et la "déplacite" inévitable. Cependant, une maladie peut en cacher une autre. C'est toujours le cas en accueil familial thérapeutique, et souvent, dans les autres formes d'accueil. C'est parce qu'il y avait des signes de souffrance, ou pour prévenir leur apparition ou leur aggravation, que la décision de déplacer l'enfant (et à un moindre degré, l'adulte) de famille est prise.

C'est donc bien plus souvent à deux maladies superposées que les professionnels ont à faire face :

- la première des deux, préalable au déplacement, peut être engendrée par des troubles du développement psycho-affectif ou de la personnalité de l'accueilli potentiel, ou bien par une agénésie, une dégénérescence, la mort ou un dysfonctionnement grave... de sa famille.
- la seconde, c'est la "déplacite".

Soyons rassurés, nous aurons donc bien à nous soucier incessamment du soin. Mais si nous omettons de prendre en compte l'une des deux maladies, nous risquons de ne soigner aucune des deux. L'histoire de Jérôme en est une illustration.

Jérôme est un garçon de 9 ans, petit pour son âge. Son visage angélique arbore un sourire engageant. Il vit dans un foyer à caractère social depuis quelques temps lorsque sa situation est évoquée en vue d'un accueil familial. Il a la réputation d'être inadaptable au groupe car provoquant incessamment les conflits, attisant l'agressivité de chacun, adultes ou enfants, jusqu'à se faire frapper. Il rejette alors toute responsabilité et se présente comme l'éternelle victime. Autrement dit, Jérôme semble enfermé dans un mode de relation sado-masochiste. Par ailleurs, il n'a aucune acquisition scolaire du fait d'une impossibilité à mémoriser. Il bénéficie d'une psychothérapie depuis l'âge de 7 ans.

Abandonné par sa mère, grande éthylique, à la naissance, il est confié par son père à une tante, puis repris par celui-ci lorsqu'il se marie avec sa femme actuelle. Le père de Jérôme a lui aussi des problèmes de dépendance à l'alcool... et à sa femme, qui se comporte avec lui comme un vrai dragon.

Jérôme induit rapidement un rejet massif et violent de la part de sa belle-mère, d'où le recours au foyer, puis la demande de famille d'accueil. Il est confié, après un temps de préparation, à Mr et Mme E, famille d'accueil solide et chevronnée qui collabore fructueusement depuis longtemps avec un service d'accueil familial thérapeutique. Mr et Mme E sont d'âge grand-parental. Mr était veuf et Mme divorcée avant leur remariage. Ils avaient chacun plusieurs enfants. Parmi eux, Mr a un fils trisomique vivant en institution depuis l'adolescence. Le premier mari de Mme était dépendant de l'alcool.

Jérôme s'adapte tout d'abord si bien à la famille d'accueil que Mr et Mme E, et par contagion les membres de l'équipe d'accueil familial thérapeutique, en viennent à douter qu'il ait pu présenter des troubles auparavant. Chacun adhère à l'hypothèse que Jérôme avait probablement des troubles réactionnels à des milieux de vie pathogènes.

Heureusement, la "déplacite" se déclare... au bout de cinq à six semaines. Jérôme se plaint à sa belle-mère et à son père de mauvais traitements qu'il subirait dans la famille E, et réciproquement. Il déclenche un violent conflit entre les familles qui prennent à témoin l'équipe d'encadrement. En même temps, Jérôme est triste, il se plaint d'être battu par les autres à l'école où il a été intégré en classe de perfectionnement. Une instabilité, de l'angoisse et des difficultés d'endormissement apparaissent.

Les signes de déplacite sont étroitement mêlés à ceux de la pathologie antérieure, rendant floues l'analyse des phénomènes et leur tentative de compréhension. Au cours des cinq années d'accueil familial, la difficulté à discerner les deux pathologies en surimpression a entravé une évolution suffisamment positive des troubles de Jérôme.

Il a certes acquis une autonomie non négligeable et a pris partiellement conscience de l'ambivalence de son milieu familial, mais est toujours en échec scolaire et s'inscrit encore, quoique moins souvent, dans un mode de relation sado-masochiste. Il a, durant cinq ans, entendu sa famille d'accueil dénigrer ses parents, et réciproquement, distillant lui-même avec une rare maîtrise les informations nécessaires à cela.

Au bout de cinq années, Jérôme est sorti d'accueil familial thérapeutique contre avis médical. Une identification positive à l'une des deux familles est demeurée impossible. Curieusement, en apparence, malgré leurs qualités et leur expérience, Mr et Mme E n'ont pu soutenir Jérôme dans une démarche identificatoire. La psychothérapeute et l'équipe du service d'accueil familial ont été placées dans la même position d'impuissance.

La formulation de quelques hypothèses de travail paraît à ce point de l'histoire nécessaire, qui permettra peut-être d'analyser les phénomènes observés sous un autre angle.

1 - Chaque déplacé a, à sa disposition, comme outil de travail psychique un "Idéal de famille" et un "Idéal de famille d'accueil". L'Idéal de famille pourrait être défini en référence au concept psychanalytique d'Idéal du Moi qui est la partie de la personnalité composée du narcissisme (amour de soi), des identifications aux parents et aux idéaux collectifs. L'Idéal de famille pourrait alors représenter la partie de la personnalité composée de l'amour aux parents, de l'idéalisation des parents et de leur amour pour soi, et du désir d'intégrité et de pérennité de la cellule familiale. L'Idéal de famille d'accueil serait structuré en miroir, la famille d'accueil prenant la place des parents.

2 - L'Idéal du Moi contribue à la construction de la personnalité de l'enfant. Il en serait de même pour l'Idéal de famille, en lien avec l'Idéal du Moi.

3 - En accueil familial, il y a superposition de "l'Idéal de famille" et de celui de famille d'accueil. Un travail psychique de déliaison-reliaison s'instaurerait entre les composants des deux idéaux. Ce travail ne peut se faire sans guidance ou soutien de l'accueilli et des familles auxquelles il se réfère. Chacun, y compris ceux qui assurent la guidance, a ses propres représentations des deux idéaux, rarement convergentes.

4 - Une métaphore photographique peut peut-être aider à y voir plus clair : l'accueilli a à travailler à partir de la superposition des clichés de deux portraits de famille.

5 - Ceux qui assurent la guidance et l'encadrement de l'accueil familial ont leurs propres clichés d'Idéal de famille et d'Idéal de famille d'accueil. Il est donc aussi possible de réfléchir aux phénomènes de triangulation entre les deux clichés de famille auxquels l'accueilli se réfère et le troisième cliché, résultat de ce qu'il perçoit des représentations qu'en ont les encadrants. Cette réflexion n'est pas menée dans l'exposé qui suit pour ne pas l'alourdir ni l'allonger. Beaucoup de travail reste donc à faire !

6 - Les accueillis, dont l'appareil psychique n'a pu jusqu'alors fonctionner avec un idéal du moi et des idéaux de famille, ont peut-être des fragments de ces instances, qui leur permettent aussi une ébauche de travail de ce type (nourrissons, enfants psychotiques ou autistes...).

Ainsi pour Jérôme, un examen attentif des deux photographies de famille permettra-t-il peut-être de dégager un cadre de compréhension? Imaginons deux clichés pris avant le début de l'accueil et confiés à Jérôme pour qu'il puisse amorcer un travail de retouche. Il n'apparaît sur aucun des deux, mais a à s'y trouver une place.

Au milieu du premier, sa belle-mère occupe presque tout l'espace, le visage fermé, de trois-quart tournée vers son mari qui est légèrement en retrait et affiche un sourire un peu contrit. En arrière-plan, difficilement reconnaissable, la mère de Jérôme (la focale ne permet pas une mise au point nette sur les deux femmes). Un tout petit espace reste vide, à côté de sa belle-mère.

Sur le second, au centre, Mr et Mme E sourient côte à côte. Devant eux, les deux enfants déjà accueillis, avec, entre eux, un espace libre, juste de la taille d'un enfant. En arrière-plan, du côté de Mme E, la silhouette floue de son premier mari. Du côté de Mr E, comme au loin, son fils trisomique.

Le travail proposé à Jérôme consiste à fixer les deux clichés pour parvenir à la constitution d'une troisième image, peut-être aussi surprenante que celle donnée par un stéréogramme. Jérôme va tout d'abord avoir une impression tenace (quatre ou cinq semaines?) de vision floue, surtout par rapport aux personnages de premier plan. Son regard psychique va en souffrir. Une technique s'offre à lui pour construire une image de synthèse : des allées et venues accommodantes entre les deux familles auxquelles il cherche à s'identifier, à s'intégrer.

Chaque allée et venue devrait s'accompagner d'une déliaison-reliaison psycho-affective. Jérôme s'était jusqu'alors développé plutôt de manière inadéquate, en faisant des tentatives maladroitement jusqu'à en être pathologiques pour faire correspondre son Idéal du moi à la place la plus confortable de son Idéal de famille. Il n'y est pas parvenu de manière satisfaisante.

Pour soigner les troubles qui en résultent, il lui est proposé de tenter ce travail en y associant un Idéal de famille d'accueil. C'est d'autant plus complexe pour Jérôme, comme pour bien d'autres, qu'Idéal de famille et Idéal de famille d'accueil, matérialisés par les clichés, comportent des plans menaçant leur intégrité : premier plan de sa belle-mère et arrière-plan de sa mère pour le premier, arrière-plan de l'ex-mari de Mme E et du fils trisomique de Mr E pour le second.

Ces plans ont une véritable fonction de désorganiseurs de l'Idéal en ce sens qu'ils gênent en permanence l'accommodation sur l'ensemble de l'image :

- pour la première image, la mère de Jérôme, bien que floue et lointaine, sera ramenée fantasmatiquement au premier plan par l'enfant en tant que constituant essentiel de l'Idéal de famille, à la place de sa belle-mère. Travail de Sisyphe, générateur de conflits entre les composantes de l'Idéal de famille où il ne reste plus qu'une place de perturbateur à l'Idéal du Moi de Jérôme.

- pour la seconde image, chacun des deux accueillants a, en arrière-plan, pour l'un un premier mari dépendant de l'alcool comme les parents de Jérôme, et pour l'autre un fils trisomique qui n'est pas parvenu à avoir des acquisitions scolaires, ni à s'intégrer dans la famille.

L'Idéal de famille d'accueil sera constamment attaqué par l'arrière-plan fantasmatique de Mr et Mme E, réalisant un écran à l'usage qu'aurait pu en faire l'enfant accueilli.

Cette tentative d'analyse d'un échec relatif de soin en accueil familial doit aussi porter sur la fonction des encadrants de l'accueil, laquelle devrait être de catalyser l'effet thérapeutique de ces mécanismes inconscients. Il s'agit, tant pour ceux qui ont à conduire des psychothérapies d'enfants en accueil familial que pour ceux qui situent leur action au sein des équipes d'encadrement, de rechercher la bonne paire de lunettes psychiques, le bon objectif. Ceux qui permettront d'accommoder en vue de construire un Idéal de famille en trois dimensions, comme dans les stéréogrammes.

Pour ce faire, il faut pouvoir emprunter à l'Idéal de famille et à l'Idéal de famille d'accueil les éléments des deux premières dimensions, sans jamais renoncer totalement aux deux idéaux, mais avec la nécessité de les mettre en perspective grâce à des retouches en fonction de ce qui est révélé des imperfections et des failles, des différences et des complémentarités de ces deux idéaux.

Un travail de guidance s'impose, comparable à celui de l'orthopsiste, consistant pour le technicien du soin à aider à repérer le bon angle et la bonne focale, proposer un filtre anti halo, soutenir les tentatives de photomontage ou de photodrame, le tout en veillant à la souplesse des mécanismes psychiques mis en œuvre. A cette fin, de nouveaux clichés seront probablement nécessaires, au fur et à mesure que le travail avance :

- les encadrants de l'accueil familial devront proposer, tant à la famille de l'accueilli qu'à sa famille d'accueil, de réfléchir à des changements de pose, d'expression, voire de place sur les nouveaux clichés.
- l'accueilli devra, quant à lui, peut être changer de lunettes ou de point de vue.
- la famille d'accueil doit beaucoup participer à tout cela : livrer une photo de famille, la laisser encadrer, supporter la double maladie de l'accueilli, supporter que le cliché qu'elle donne puisse être utilisé pour en tirer des développements sans trop se servir de révélateur ou de fixateur. Son art sera complémentaire, non seulement de celui des encadreurs, mais aussi de celui de la famille de l'accueilli qui devra également accepter de figurer sur de nouveaux clichés, où les places ne seront plus les mêmes. Une véritable dialectique du cliché idéal doit être mise en œuvre entre les deux pôles familiaux.

Aux grands maux, les grands remèdes.

Face à deux maladies superposées, deux photos de famille superposées (véritables clichés des Idéaux de famille) servent d'excipient aux principes actifs du soin en accueil familial, parmi lesquels on peut citer :

- les qualités des cothérapeutes, des familles d'accueil (résultant d'un alliage souple de qualités naturelles et de fonctions psychiques spécifiques) et leur valorisation par la formation
- les compétences de l'accueilli pour entreprendre ce travail dialectique
- les aptitudes de sa famille à être un des pôles de cette dialectique
- le professionnalisme de l'équipe d'encadrement qui doit sans cesse dynamiser cette dialectique de soins psychiques, et la trianguler.

En accueil familial, le soin s'appuie sur un réseau d'alliances mobilisatrices d'un travail psychique dialectique qui fait circuler les affects de chacun des protagonistes entre deux clichés d'Idéal de famille. Mais où trouver la famille idéale qui représenterait en réalité l'Idéal de famille. Personnellement, je n'en ai rencontré qu'à la fin de certains contes : "...ils se marièrent, et eurent beaucoup d'enfants...".

Alors, pourquoi diantre les irlandais sont-ils allés demander le droit de divorce? Ceci est une autre ballade sans doute...

**Daniel GORANS**  
pédo-psychiatre, psychothérapeute  
praticien hospitalier au CHS de Montbert

## LE PLACEMENT FAMILIAL, SOINS INTENSIFS, MÉDECINE DOUCE OU PLACEBO?

S'interroger sur la dimension soignante de l'accueil familial, c'est d'emblée, me semble-t-il, permettre que soient repensées les finalités de l'aide sociale à l'enfance et des familles d'accueil qui œuvrent avec elle. Très fréquemment en effet, la plupart des écrits introduisent un distinguo entre le PFS, placement familial spécialisé, et le PF, amputé d'un grand S, mais affublé dans les esprits d'un petit s qui ne serait que social.

L'histoire commence donc par une mutilation. Aux uns les vertus thérapeutiques, aux autres la socialisation, l'éducation, ce qui en soi est fort noble, à la condition que ne soit pas introduite une hiérarchie entre les deux types de placement. Le placement familial à l'ASE échappe-t-il à toute préoccupation soignante, ou du moins la mésestime-t-il? La loi de 1992 relative au statut des assistantes maternelles y répond en partie : d'hygiène, d'éducatif, de scolaire il est certes question, mais aussi de souffrance, de problématique familiale, de place réelle et symbolique des parents. Une dimension moins sociale, plus psychique, qui semble entériner et confirmer l'évolution des services. Ceci étant dit, le soin ne se décrète pas, et si le placement familial de l'ASE y prend sa part, de quels soins s'agit-il : soins intensifs, médecine douce ou placebo?

### **L'accueil familial : un placebo**

Illustrons le cas le plus tragique sans doute, même s'il est marginal, où le placement de l'enfant n'est qu'un "placebo", faute d'avoir travaillé la problématique initiale.

Guillaume est né en avril 1978. Son admission à l'ASE s'effectue en urgence en décembre 1991, après un signalement du médecin scolaire pour abus sexuel, sodomie, par le père. Mr C. a déjà été incarcéré en 1988 pour le viol de ses deux belles-filles. Guillaume est accueilli au foyer de l'enfance, puis en famille d'accueil jusqu'en janvier 1993, date à laquelle il retournera chez ses parents avec l'ordonnance suivante : "il paraît nécessaire de poursuivre à son profit l'exercice d'une mesure de soutien éducatif pour favoriser son intégration et sa bonne évolution dans le milieu familial". Sur les causes exactes de ce placement, sur les indications de la séparation, sur ce qui doit être au cœur du soin, c'est le silence. Du problème sexuel, on passe pudiquement au soutien éducatif, refoulant ainsi définitivement les faits et niant la parole de l'enfant. Or soigner, c'est d'abord affronter le diagnostic, proposer des soins adaptés, identifier les soignants compétents, articuler si nécessaire le soin avec l'éducatif, le pédagogique, le juridique... C'est à se demander si l'on cherche à intégrer le symptôme, le faire disparaître, le transformer, le rééduquer? Ou si, comme dans l'exemple cité, on va le refouler, déplaçant le regard sur l'éducatif et les difficultés personnelles de l'enfant.

De Guillaume, les écrits professionnels diront qu'il est réservé, très timide. Scolarisé en 5ème SES, il est en difficultés scolaires, peu intégré à sa classe. Très attaché à ses parents, il sera pendant tout son placement en grande souffrance, se sentant coupable vis à vis de sa famille. Une famille qui se réorganise dès février 1992 par l'annonce d'une naissance. Un couple qui, solidairement, nie la réalité de l'abus sexuel, malgré un examen médical qui tend à le confirmer.



La parole de l'enfant doit dès lors être réitérée devant les gendarmes, comme si aucune preuve n'était suffisante, comme si cette révélation plaçait les adultes dans le regard de Méduse, paralysés et impuissants. Guillaume se contentera de hocher la tête, ne reniant pas ses dires, mais ne pouvant les reformuler. Insuffisance de preuves, pas de poursuites judiciaires, et pour toute conclusion, cet ultime entretien avec l'enfant dont on peut apprécier l'ambiguïté : "nous lui avons demandé si son père s'était engagé à ne plus "l'embêter", la réponse fut oui. S'il le croyait, la réponse fut oui. S'il reparlerait si quelque chose à nouveau se passait, Guillaume n'a pas répondu".

Cet exemple est extrême, mais par sa violence il nous rappelle que tout placement en famille d'accueil, indépendamment de sa qualité, ne nous dispense pas de traiter les problèmes spécifiques de la dysparentalité. Que la famille d'accueil soit attentive, restructurante, voire même qu'elle puisse proposer à l'enfant par le biais du mari de l'assistante maternelle "une image de père" sécurisante, c'est certes un des éléments du soin. Mais en aucun cas la famille d'accueil ne peut remplacer une prise en charge thérapeutique professionnelle permettant au père de l'enfant et à l'ensemble de la famille d'émerger de leur fonctionnement pathologique. En l'absence de cadre juridique et thérapeutique, le placement n'est ici qu'un "placebo", il est inactivé.

### **L'accueil familial : médecine douce et petits soins**

A l'évidence, tous les placements en famille d'accueil n'ont pas cette résonance. Le soin en accueil familial peut aussi être "médecine douce". Et c'est à cette définition que font écho d'emblée les assistantes maternelles lorsqu'on les interroge sur le sentiment d'être ou non au cœur du soin. Sont évoqués prioritairement les soins donnés au corps de l'enfant, petits bobos bénins, parfois invisibles mais qui, par l'insistance de la plainte, révèlent les bleus de l'âme. Les assistantes maternelles ne s'y trompent pas et, si chacune a son remède (bouillotte, pommade, tisane...), toutes ont le sentiment, par ces gestes répétés, de soigner autre chose que ce qui est montré. Pas de thérapie sans doute, mais "être aux petits soins", dans une sorte de "holding psychique" de l'enfant, dans ce que l'on pourrait appeler une identification empathique qui évoque beaucoup la préoccupation maternelle primaire.

Ceci est encore plus vrai lorsque l'enfant est un bébé, car comme le rappelle Martine Lamour<sup>1</sup>, soigner un bébé c'est d'abord le regarder, être à l'écoute de ce corps qui exprime malaise ou bien-être, vulnérabilité ou ressources. Par la régularité, la rythmicité des soins, les assistantes maternelles construisent aussi la sécurité psychique de base, dont ont souvent été privés ces enfants. Elles participent à la restauration narcissique des plus grands par des mots que Louis Aragon nommerait "les mots des pauvres gens : ne rentre pas trop tard, surtout ne prend pas froid", des mots qui leur apprennent que quelqu'un maintient pour eux la vigilance nécessaire à leur bien-être.

Sans toujours décrypter concrètement ce qui fait soin, les assistantes maternelles ont bien le sentiment d'exercer, au-delà de l'éducatif, une fonction soignante, mais dans l'illégitimité. Il s'agit moins d'un soin qui s'ignore<sup>2</sup> que d'un soin illégitime, susceptible d'être contesté par d'autres catégories professionnelles. Alors, entre gardiennes d'autrefois et soignantes peut-être de demain, les familles d'accueil tentent une nouvelle définition du métier : on ne répare pas, disent-elles, on ne guérit pas mais on raccommode, on reprise avec plus ou moins d'habileté, en sachant qu'à l'endroit reprisé cela restera toujours fragile.

Savent-elles que, par cette métaphore, par cet emprunt à des termes de filature, elles se rapprochent curieusement d'un métier fort ancien et aujourd'hui disparu : la soigneuse, celle qui fait attention à maintenir les fils. Mais la reprise, c'est aussi dans le registre cinématographique la possibilité de rejouer de nouveau la même scène. C'est tout à la fois le danger et la force du placement familial que de constituer une surface projective à la reproduction de la problématique individuelle, voire familiale, quitte à traiter secondairement cette reproduction.

Alice est une petite fille née prématurément en 1986 d'une mère elle-même très tôt placée dans différents foyers. Pendant deux ans, Alice et sa maman vivront en centre maternel. La relation mère-enfant est difficile, faite de périodes de grande fusion suivies de mouvements de rejet et de carences graves. Sur décision judiciaire, Alice est accueillie à l'âge de 2 ans et demi en famille d'accueil. Les observations décrivent une petite fille complexe, alternant séduction et rejet dès que l'investissement de l'adulte se fait trop manifeste. Alice provoque les sanctions, s'auto-punit et présente des difficultés persistantes d'endormissement.

Ce tableau clinique, simplement esquissé, illustre la théorie de Michel Lemay<sup>3</sup> du phénomène de brisure relationnelle induit par le jeune carencé. Mais, pour comprendre ce langage symptomatique et moduler ses attitudes, le milieu familial a besoin de l'aide d'une équipe qui explicite "l'avidité anthropophagique" de l'enfant, son seuil très bas de tolérance à la frustration. Pour apprivoiser Alice à doses homéopathiques, pour mettre en place une stratégie de détournement qui respecte les défenses, contourne les résistances, ne brutalise pas le symptôme, la famille d'accueil a elle aussi besoin d'être soutenue. Pour ne pas agir contre le symptôme, "là où cela fait mal", façon "couteau dans la plaie", la compréhension de ce qui se rejoue est nécessaire.

Cet exemple clinique nous donne des indications sur ce qu'est le soin en accueil familial. En s'offrant comme surface projective, la famille d'accueil a une fonction soignante dans la mesure où elle permet à l'enfant de réenclencher un autre mode relationnel. Mais cette offre n'est pas sans risques, elle peut aussi déboucher sur une incompréhension du symptôme, sur l'incapacité à assumer l'enfant au quotidien dans ce qu'il exprime parfois violemment.

De la médecine douce, on glisse alors au rapport de forces, à l'acharnement thérapeutique, à la face agressive de la dimension du soin. Soigner à corps défendant. Et si l'enfant est malmené, l'assistante maternelle l'est tout autant. A la souffrance de l'un répond comme en écho la plainte de l'autre : déprime, somatisation, mal de dos, demande chirurgicale de fin de placement... venant nous rappeler combien nous devons rester au plus près de l'étymologie du mot "soin" : préoccupation, veiller à, manifester sa sollicitude.

Le soin en accueil familial, c'est aussi le soin à l'accueil familial, la sollicitude d'une équipe vis à vis d'un espace singulier de soins. Et cette attention professionnelle ne peut bien évidemment pas se suffire de la visite irrégulière de l'éducateur absorbé par de multiples fonctions. Tant que le rythme des visites sera discontinu et surtout centré sur les périodes de crise, de l'ordre d'une fois par mois ou par trimestre<sup>4</sup>, on ne pourra pas considérer qu'il existe une articulation suffisante entre familles d'accueil et aide sociale à l'enfance. Il s'agit d'un soin de crise, non d'un soin préventif ou intensif. Or, comme le souligne Myriam David<sup>5</sup>, il est important de repérer les signes dans les inter-crisis, leurs manifestations, leur accroissement en nombre, leur convergence, comme facteurs de pronostic. Anticiper, mais aussi réévaluer en permanence, n'est ce pas aussi l'une des fonctions de l'équipe d'aide sociale à l'enfance, si l'on veut proposer des soins évolutifs et individualisés pour chaque enfant et sa famille.

## L'accueil familial : soins intensifs

Soins intensifs donc, l'accueil familial peut l'être, avec succès, non seulement en terme de moyens importants déployés, mais en terme d'accompagnement au plus près du déroulement des placements. Ou pour le dire autrement par la voix du poète Lamartine, s'appliquer à suivre le précepte suivant : "le soin de chaque jour à chaque jour suffit".

Concrètement, cela veut dire soutenir réellement la famille d'accueil dans cette question lancinante, évoquée constamment en groupes de paroles, qui est celle du rapport à la souffrance psychique de l'enfant. Les deux termes, souffrance et soin, sont totalement associés. La souffrance est aussi appel à l'autre, demande d'aide, mais demande perçue à juste titre par les assistantes maternelles comme impossible à combler. Souffrir avec l'enfant, sans réserve, c'est risquer de se perdre soi-même. Ne pas être saisie, touchée, par la plainte de l'enfant, c'est le désinvestir. S'en distancer, c'est admettre et marquer la limite du donner-recevoir. C'est dans l'espace entre l'absence de ressenti à la plainte, et l'excès d'un déversement que l'assistante maternelle est tenue de se mouvoir. Non sans difficultés et non sans besoin d'aide, on le comprend bien, d'une équipe professionnelle. Le soin en accueil familial ne peut exister que parce qu'il est sous-tendu par le soin à l'accueil familial.

Mais que ceci ne nous fasse pas oublier le second sens du mot "soin", à savoir les soins, techniques, psychologiques ou autres, dont peuvent avoir besoin parents et enfants pour, peut-être un jour, se retrouver ou vivre à distance. Un rapide décompte statistique effectué en Loire-Atlantique en 1993 montre que sur 502 enfants, un tiers a bénéficié d'entretiens psychologiques, 16,3% d'une aide orthophonique et 7,3% de psychomotricité.

Encore ce pointage est-il très imparfait puisqu'il ne permet ni d'en fixer la fréquence, ni d'en délimiter la durée. C'est trop peu encore puisque la moitié des enfants ne bénéficie pas d'une aide spécifique. Le soin, les soins, sont sélectifs, discriminants, dans la mesure où la symptomatologie de certains enfants mobilise notre énergie, alors que pour d'autres peut s'installer une symptomatologie dépressive ou déficitaire, sans que nous en soyons alertés. S'interroger sur le soin, les soins, c'est aussi questionner les valeurs sociales et culturelles d'une société à un moment donné. Autrefois, de l'enfant placé l'on disait "il s'en remettra", "l'enfant s'en remet toujours". Aujourd'hui, l'on craint davantage qu'il en garde les marques, titre d'un admirable film de Pierre de Fonséca sur le devenir des enfants placés<sup>6</sup>.

Rares sont encore les études sur l'impact du soin en placement familial<sup>7</sup>. Néanmoins, les recherches récentes qui abordent le sujet montrent une intégration satisfaisante de ces enfants. On ne peut certes pas parler de guérison au sens médical du terme, mais si l'on reprend la définition de Freud de la santé psychique<sup>8</sup>, à savoir capacité d'aimer et de travailler... globalement, les enfants accueillis par l'aide sociale à l'enfance ont un parcours adulte relativement adapté. Un constat qui relativise quelque peu la tendance à penser à une "chronicisation" sur plusieurs générations de la dysparentalité.

Pour un sujet aussi vaste, aux multiples facettes, aucune conclusion ne s'impose, mais quelques lignes directrices se dégagent :

- Soigner, c'est d'abord si possible soigner précocement et, par là même, ne plus considérer la séparation, lorsqu'elle est nécessaire, comme l'ultime geste à mettre en acte. La séparation n'est pas la "phase terminale", elle est un des éléments du soin.

- Soigner, c'est individualiser au maximum les réponses thérapeutiques, qualitativement mais aussi quantitativement. Inventer pour chaque enfant une configuration soignante inédite<sup>9</sup> : en amont de la séparation par un véritable étayage de la relation parents-enfant, au moment de la séparation par une préparation des admissions, pendant le placement, mais aussi lors du retour. Les services semblent l'avoir compris puisqu'une étude effectuée en Loire-Atlantique en 1994<sup>10</sup> montre que les 4/5 d'entre eux bénéficient, en paraphrasant le langage médical, d'une posture.

- Soigner, c'est aussi savoir doser la prescription. Ne pas par exemple "forcer" la relation parents-enfant au-delà du supportable. Une heure de retrouvailles vaut parfois mieux qu'une journée impossible à assumer. Être dans le soin, ce n'est pas être dans l'évaluation, c'est accepter le rythme d'intégration de ce soin propre à chacun.

- Soigner, c'est enfin renoncer à des querelles stériles sur l'étiquette et la suprématie d'un soin sur l'autre. Ce n'est pas l'étiquette d'un soignant qui fait soin. Jean-Pierre Klein et Michel Hénin, psychiatres d'enfants, proposent cette définition : "la sensibilité soignante, c'est la capacité à supporter l'inconnu et la désorganisation, mais aussi la capacité à élaborer secondairement".

... A méditer chacun pour soi.

**Catherine SELLENET**

maître de conférence en psycho-sociologie

---

1 - "Qu'est ce qu'un soin au bébé?"

2 - Monique Mazery, "le quotidien en accueil familial, un soin qui s'ignore", IFREP, février 1996

3 - "J'ai mal à ma mère", Fleurus, 1979

4 - "Le placement familial de l'aide sociale à l'enfance, étude nationale", IFREP, 1993

5 - "Le placement familial", ESF, 1989

6 - "Les marques", ANPASE/CDE/IRTS de Canteleu, 1995

7 - "Que sont-ils devenus?", Coppel et Dumaret, ERES, 1995

"Le retour, les parents sont guéris?", Catherine Sellenet et Françoise Tendron, à paraître

8 - Définition reprise par Maurice Berger in "Les séparations à but thérapeutique", Privat, 1992

9 - "Métapsychothérapie de l'enfant et de l'adolescent", Jean-Pierre Klein et Michel Hénin, Edt DDB, 1995

10 - Etude interne sur "les admissions d'enfants en 1994 en Loire-Atlantique", sous la direction de Dominique Lardière, médecin de PMI

## LE QUOTIDIEN EN ACCUEIL FAMILIAL : UN SOIN QUI S'IGNORE...

Au sein de la famille d'accueil, le soin passe à travers les "mille petits riens" de tous les jours que l'on peut nommer attention, affection, empathie, adéquation, reconnaissance, insertion... mais aussi cadrage, frustration... Les exemples sont nombreux.

Les actes et attitudes du milieu d'accueil relèvent à la fois de l'intuition, de l'inspiration, de qualités personnelles, de la réflexion, d'un travail d'équipe et de la formation. Tous les membres de la famille y participent, chacun de sa place respective. Bien que rarement nommés, les soins dispensés par la famille d'accueil ne sont-ils pas la base nécessaire à l'emprise de toute thérapie ou actes de rééducation qui relèvent d'autres professions?

Comment, au quotidien, les assistantes maternelles, et avec elles l'ensemble des familles d'accueil, sont-elles des "acteurs de soin" indispensables?

Vous entretenir du soin de ma place d'assistante maternelle, n'est-ce pas un peu étrange? La profession d'assistante maternelle n'est pas rattachée au monde soignant et, de plus, le service qui m'emploie ne porte pas le qualificatif de "thérapeutique". Il est couramment nommé "service de placement familial à caractère social", même si on y ajoute "spécialisé". Donc, en quoi, nous, assistantes maternelles qui recevons des enfants dits "normaux" - ou tout au moins sans difficultés graves - c'est-à-dire des enfants ou des adolescents dont le placement s'origine davantage dans des déficiences parentales que dans des pathologies particulières personnelles, en quoi sommes-nous concernées par le soin?

Pour répondre, il paraît important d'examiner les éléments qui fondent la fonction d'assistante maternelle. Il s'agit généralement de suppléer des parents temporairement empêchés dans leur tâche éducative journalière pour diverses raisons, ce qui signifie entre autres, pour nous, jouer le rôle de parents auprès d'enfants victimes d'une séparation dont ils ne sont pas responsables mais dont, hélas, ils se sentent souvent coupables, et ceci sans entrer en rivalité avec ces parents dits "naturels", ni les dévaloriser, c'est-à-dire ne pas amplifier l'inévitable conflit de loyauté au sein duquel le jeune "déplacé" se débat plus ou moins consciemment.

Nous devons donc simultanément suppléer les parents dans les soins quotidiens, et "panseur" les plaies, celles dues aux carences ou mauvais traitements à l'origine du "déplacement" auxquelles s'ajoutent celles de la séparation. Et ceci tout en laissant place pour une réconciliation.

Heureusement, pour mener à bien cette tâche, nous ne sommes pas seules, mais épaulées par une équipe pluridisciplinaire qui nous apporte l'appui et les ressources nécessaires. Je veux souligner ici :

- l'importance d'un travail conjoint avec l'éducateur ou l'assistant social,
- la place du service qui, dans les relations parentales et judiciaires, exerce un rôle de tiers et contribue ainsi à nous maintenir dans notre rôle de suppléance,
- la nécessité d'un relais de différents thérapeutes dès lors que des difficultés importantes ou une pathologie particulière sont repérées : orthophoniste, psychologue, psychothérapeute...

Donc, suppléer les parents dans les soins quotidiens, panser les plaies y compris celles de la séparation... Nous entrons bien là dans l'univers du soin. Mais, que faut-il entendre par soin?

En consultant le Petit Robert, j'ai relevé une série de mots qui illustrent ce terme : inquiétude, souci, préoccupation, songer, veiller, charge, responsabilité, conduite, attention, prévenance, sollicitude, assiduité, cajolerie, douceur, secours, traitement, application, minutie, sérieux... Ne retrouve-t-on pas là l'ambiance de l'accueil tel que nous essayons de le vivre au quotidien? Ainsi nommé, le soin ne se cacherait-il pas dans les "mille petits riens", aussi indispensables qu'insignifiants, de la vie de tous les jours? Ceux-là même qui constituent probablement la qualité et la prégnance de notre travail d'assistante maternelle? D'où le titre de mon propos : "le quotidien en accueil familial : un soin qui s'ignore..." ou "comment le soin intervient-il dans l'exercice de notre fonction au quotidien?"

J'ai choisi de structurer mon exposé selon trois axes afin d'illustrer comment nos actes et attitudes contribuent au soin. Je commencerai par des événements car ils sont plus palpables pour examiner ensuite des attitudes comme le regard ou la place qui est faite à l'enfant. Mais l'accueil étant souvent une longue histoire de patience et parfois de découragement, je vous ai réservé, avant de conclure, des petits "clins d'œil" d'espoir.

### **1. le soin à travers ce que nous proposons à l'enfant**

A l'arrivée, très souvent notre tâche première consiste à rétablir des rythmes : rythme de repas avec la recherche d'une nourriture équilibrée et adaptée aux besoins, rythme de sommeil avec tout ce qu'il faut inventer pour favoriser l'endormissement et le repos en général. Ces rythmes sont aussi indispensables à une bonne hygiène de vie et à la croissance qu'à l'établissement de repères pour l'enfant déstabilisé par son déplacement. C'est aussi la toilette avec les résistances que l'on connaît... Un long travail d'appropriation qui demande beaucoup de patience ! Simultanément, nous accompagnons l'enfant au fil des découvertes. Celles-ci pouvant être apparemment simples, comme nous le dit Édith : Lydie est arrivée à 12 ans : "c'était tout à découvrir, le vélo à faire toute seule, craquer une allumette, vivre un mariage, aller dans un cimetière, les petites choses de la vie..." ou plus élaborées, comme cet élevage de cochons d'Inde qu'une famille d'accueil vient de confier à Julien.

Julien est un garçon très intelligent mais bloqué au niveau scolaire. A 14 ans, il ne lit toujours pas (pas plus qu'il ne compte) ; son comportement est très perturbé par une fusion importante avec une mère malade mentale et des relations très érotisées ; il ne s'est pas vraiment permis d'exister avant son placement à l'âge de 7 ans. Il a maintenant 14 ans et est pris en charge au sein d'un IMPro. Ses relations passionnelles avec les animaux sont aussi très empreintes d'érotisme. Se voyant confier le soin de cochons d'Inde, il se trouve obligé d'entrer dans un rythme exigeant : les nourrir tous les jours quelle que soit l'envie qu'il en ait, nettoyer régulièrement les cages, accepter de mettre assez de paille pour qu'ils aient suffisamment chaud même si, à son grand regret, ils en profitent pour se cacher dessous (les cages sont à l'extérieur), intervenir et les séparer pour limiter des accouplements trop prolifiques, aller parfois jusqu'à faire don d'un ou deux de ses petits protégés... En quelques mots, accepter que son plaisir immédiat et personnel ne soit pas toujours prioritaire. On devine combien cet élevage contient d'éléments de soin pour Julien avec toutes les limites incontournables qu'impose la charge d'un animal. Dans cette famille d'accueil, il y a aussi une chienne d'un an que Julien est toujours en train d'exciter et à laquelle il cède tout. Quelle sera son attitude quand elle viendra immanquablement perturber le travail de jardinage dont il rêve et dont la mise en place est prévue pour le printemps? Là encore, il n'aura probablement pas d'autre choix que d'apprendre à composer...

Composer, concilier des intérêts apparemment divergeants, dépasser des conflits intérieurs, c'est sans doute aussi ce à quoi se heurte Adeline (7 ans) lorsqu'elle demande à son assistante maternelle : "Tu es contente qu'on va chez papa et maman?" alors qu'elle attendait l'éducateur chargé de l'emmener en visite chez ses parents. Devinant la complexité de la situation, Jacqueline, l'assistante maternelle, s'entend répondre à cette question inattendue : "oui, je suis contente car je sais combien un papa et une maman c'est important pour des enfants" et ajoute : "mais je serai aussi très heureuse quand tu reviendras". Lorsqu'elle m'a raconté cette anecdote, Jacqueline me disait : "J'ai entendu dans la question d'Adeline : tu n'es pas fâchée que je sois heureuse d'aller chez mes parents? Et en lui répondant oui, j'ai eu peur qu'elle le vive comme un rejet, c'est pourquoi j'ai spontanément ajouté : je serai aussi très heureuse quand tu reviendras". Deux minutes plus tard, Adeline revenait vers Jacqueline avec une fleur !

On retrouve là une attitude d'empathie fréquente et nécessaire dans l'exercice de notre fonction, attitude qui permet souvent de proposer la parole qui libère. En effet, le concept de soin est souvent utilisé en référence à celui de maladie. Donc, quand la maladie signifie "mal à dire", le soin consiste probablement à "aider à dire". Aider à dire les malaises, les sentiments qu'ils soient positifs ou négatifs, les rivalités, les ambivalences... d'où l'importance de cette attitude d'empathie avec l'enfant.

## **2. le soin à travers le regard porté sur l'enfant**

Mais, au-delà d'événements repérables, le soin passe également à travers nos attitudes comme le regard porté sur l'enfant, un regard empreint d'attention, de respect, de reconnaissance, d'affection... L'attention, une démarche de tous les instants, appropriée à l'âge et à la personnalité de l'accueilli. Ce peut être la recherche d'une réponse adaptée face à un enfant qui se plaint régulièrement dès le moindre incident : vérifier sans en avoir l'air, minimiser, rassurer, couper court, tout en enregistrant... ou à l'inverse, la vigilance face à celui qui est dans l'incapacité de se plaindre : repérer les symptômes alarmants, lui apprendre à reconnaître ses sensations sans pour autant l'inquiéter... une attention faite d'un grand respect.

Le respect, une dimension que la plupart des enfants que nous accueillons n'ont pas eu la chance de rencontrer, notamment ceux qui ont été victimes de mauvais traitements ou ont vécu dans un climat incestueux. Pour eux, tout est à apprendre. Le climat de confiance que nous essayons d'établir ne manque pas de les étonner allant jusqu'à les provoquer. (Je pense aux petits larcins que le sens commun qualifie de "vol" avec l'escalade qui peut en découler...).

Respecter ce qui appartient à chacun du plus anodin au plus intime, ce n'est pas toujours facile à faire comprendre, par exemple, demander une autorisation pour entrer dans la chambre de l'autre ! Souvent, la consigne n'est entendue que dans un sens, celui qui arrange ! Et pourtant, personne n'appartient à personne même si on est frère et sœur, le respect du plus petit est encore plus important que celui du plus grand, chacun est unique et a droit à son intimité. Ne pas ouvrir le courrier de l'autre même s'il traîne ou a déjà été ouvert ! Mais aussi apprendre à protéger cette intimité comme fermer sa porte pour se déshabiller. Ce respect passe aussi à travers l'apprentissage du regard face à la nudité de l'autre que l'on peut croiser dans la salle de bain. C'est une dimension qui me paraît essentielle dans le travail de soin que nous effectuons quotidiennement auprès des enfants et adolescents. A cet égard, je voudrais souligner la place de nos conjoints en tant que pères d'accueil. Leur regard et leur attitude jouent un rôle fondamental pour rétablir une image "d'être respectable" chez une fillette violente mais aussi face à un garçon auquel ils imposent le respect de leur femme et des femmes en général.

Se respecter, c'est également reconnaître chacun et se reconnaître. D'abord, apprendre à identifier des sensations, reconnaître leur origine, et réagir en conséquence (ai-je chaud parce qu'il fait chaud ou parce que je viens de courir?). Puis, s'accepter tel que l'on est, un apprentissage de longue haleine qui peut commencer tout simplement par l'habillement. Choisir des vêtements à son goût, dans lesquels on est bien. S'inquiéter du regard de l'autre, accepter des remarques, affirmer ses choix. Une difficulté quotidienne qui peut parfois conduire l'enfant à se raconter des histoires et à falsifier la réalité, ce que nous qualifions parfois hâtivement de "mensonges". Il est difficile d'accepter ses limites. C'est probablement en vivant sereinement les nôtres que nous aidons le jeune dans cette démarche. En effet, l'enfant qui devient adolescent passe d'une attitude d'identification à une attitude d'opposition. Il ne pourra sortir de ce schéma que s'il a connu l'image d'un adulte qui s'assume avec ses propres limites.

Attention, respect, reconnaissance, autant de dimensions qui se vivent dans un climat d'affection. De l'enfant qui la refuse à l'adolescent qui n'en est jamais rassasié, il y aurait de quoi écrire une multitude de romans sur l'affection en accueil familial. Je vais me contenter d'un exemple pour illustrer comment affection rime aussi avec soin.

Véronique avait 15 ans lorsqu'elle est arrivée chez Honorine, c'était son premier placement, et pour Honorine son premier accueil. Honorine raconte : "le lendemain de son arrivée, elle me saute au cou : bonjour Maman ! Je suis restée sans voix, je ne savais pas quoi dire ! En plus, des Maman, il y en avait trois par phrase, ça commençait à me porter sur le système ! Puis, un jour, elle est arrivée de l'école, je lui ai dit : tu sais on est en train de jouer une pièce de théâtre toutes les deux puis on joue faux, tu m'appelles maman, je ne suis pas ta mère et je ne le serai jamais, moi ça me gêne beaucoup... Écoute, le premier mot qui te vient à l'esprit quand tu m'appelles c'est maman eh bien garde le "Ma" si tu veux. Puisque mon prénom, c'est Honorine, prends l'autre moitié, ça va faire Marine. Ce sera à toi toute seule ma petite ! Personne d'autre ne m'appellera comme cela !" Par sa réponse, Honorine a probablement su nommer la place originale et spécifique dont Véronique avait besoin pour amoindrir les carences affectives de sa petite enfance.

### **3. le soin à travers la place faite à l'enfant**

Ainsi, le regard que nous portons sur l'enfant et notre attitude face à ses besoins contribuent à le soigner en lui offrant une place spécifique que nous pouvons repérer en différents endroits. Je vous en proposerai trois : le lieu, le temps (sous plusieurs aspects) et l'espace psychique.

Le lieu se matérialise aisément à travers la chambre préparée à l'intention du jeune et que nous lui laissons gérer à son goût au sein de limites qui varieront bien sûr d'une famille à l'autre : ordre, ménage, meubles que l'on autorise à déplacer ou non... Bref, un endroit où poser ses valises, où il est un peu chez lui. Premier élément du soin pour celui qui a perdu ses repères par l'arrachement dont il est victime, mais également espace nouveau qui lui offre un autre départ.

Sur cet espace, vient se greffer le temps à travers plusieurs aspects. Tout d'abord, le temps donné, la disponibilité, le dialogue... C'est parfois une découverte pour l'enfant ou l'adolescent que l'on puisse s'intéresser à lui, lui consacrer du temps, que son existence puisse intéresser les autres, qu'il ait donc le droit d'exister et qu'on attend quelque chose de lui, qu'il n'est pas qu'un légume ! Le temps passé est un sujet inépuisable : depuis celui qu'il nous faut imposer au fuyard insaisissable jusqu'à celui qu'il nous faut reprendre au perpétuel quémandeur.



Le temps, c'est aussi le rétablissement de l'ordre chronologique. Vivre en accueil familial, c'est se confronter à des adultes qui assument leur rôle de parents assurant ainsi ordre et sécurité. De l'enfant-objet convoité par l'un ou l'autre des parents à celui qui a du se montrer plus adulte qu'eux pour survivre, l'enfant "déplacé" n'a souvent connu que confusion des rôles et des générations qui ne lui permettent pas de disposer des appuis indispensables pour devenir adulte. Le rétablissement de cet ordre est donc primordial à condition de ne pas entremêler les échelons. Je pense à une pratique courante à l'école où l'Histoire est abordée par le biais de l'arbre généalogique. Combien d'entre nous, avec les meilleures intentions du monde, ont proposé à l'enfant leur propre arbre généalogique? Pourquoi, et pour qui, ce difficile renvoi à la réalité est-il insoutenable? Y a-t-il un secret à cacher? Ne cherchons-nous pas inconsciemment à donner vie au mythe de la "cigogne"? N'avons-nous pas là, au contraire, des occasions à saisir pour permettre à l'enfant d'affronter une réalité incontournable sans que ce soit pour autant un rejet? Au fil du temps, des liens se créent entre l'enfant et sa famille d'accueil, des liens qui ne sont certes pas mesurables, sauf peut-être avec le regard du Petit Prince ! Mais, grâce à ces liens et aux solidarités qu'ils engendrent au-delà du placement, le jeune va pouvoir s'appuyer sur le réseau relationnel que nous lui avons offert pour se lancer dans la vie, les exemples sont nombreux. L'insertion ne constitue-t-elle pas une béquille irremplaçable contre l'exclusion?

Cette notion de place revêt également un autre aspect qu'il me paraît important de souligner, je l'ai nommé "espace psychique". Accepter de ne pas tout savoir sur l'enfant ! C'est le jeune qui fera l'unité de sa vie, nous ne la ferons pas à sa place. Notre tâche consiste uniquement à l'accompagner et à lui proposer les moyens adéquats. Une grande discrétion par rapport aux relations avec sa famille est donc indispensable, de même l'espace de la thérapie ne nous concerne pas. Parfois, il nous faut aller jusqu'à renoncer à d'autres terrains qui semblent pourtant relever de nos compétences et de notre fonction. (Dernièrement, j'ai dû renoncer à assurer un soutien mathématique malgré des compétences reconnues). En effet, le mélange de toutes les étiquettes ne risque-t-il pas d'étouffer par le sentiment de "toute-puissance" ou d'omniprésence qu'il représente aux yeux de l'enfant?

A travers ce bref parcours de notre fonction soignante au quotidien, j'aurais pu citer d'autres repères aussi essentiels, tels que la frustration, notion difficile qui se découvre au fil du temps. Ce peut être par le biais de l'argent de poche, voire par la gestion du vestiaire pour les adolescents... C'est aussi le partage au quotidien (se servir à table en juste proportion pour tenir compte des autres...) ou la modération (rétablir des mesures pondérables devant la boisson...). Et la liste est loin d'être exhaustive !

### **Clins d'œil**

Pratiquer l'accueil familial, c'est souvent une longue épreuve de patience. Face aux résistances répétées, le découragement nous gagne car nos efforts renouvelés jour après jour ne semblent trouver aucun écho comme s'ils se heurtaient à un miroir cassé où rien ne peut se réfléchir. Puis, tout à coup, au moment où l'on s'y attend le moins, c'est comme un éclair ! Un mot, une expression, nous redonnent courage ! Je les ai appelés "clins d'œil", j'en ai sélectionné deux.

- Nadia, 12 ans, refuse toutes les manifestations d'affection que lui propose Thérèse, son assistante maternelle. Parallèlement, elle se montre toujours insatisfaite et semble vivre en négatif tout ce qui est dispensé aux autres. Thérèse s'interroge depuis longtemps sur la façon dont elle pourrait la rejoindre.

Puis, un jour, sortant de chez le dentiste Nadia déclare sans appel : "Tu as eu mal pour moi !" C'était la première fois en 7 ans qu'elle manifestait une quelconque reconnaissance face à l'attention que lui témoignait Thérèse.

- Bérangère, 7 ans. Une personne "bien intentionnée" lui demande : "Aimes-tu mieux être chez Josiane (l'assistante maternelle) ou chez maman?" Après une seconde d'hésitation et un coup d'œil vers Josiane décomposée, Bérangère répond : "Si je dis que j'aime mieux être chez Maman, qu'est-ce qu'elle va dire Josiane? Si je dis que j'aime mieux être chez Josiane, c'est pas gentil pour Maman !" Certains instants de lucidité valent les meilleurs discours !

## Conclusion

Je voudrais insister sur quelques remarques :

- tout d'abord, comme je l'ai évoqué, assistantes maternelles, nous ne sommes pas seules, tous les membres de notre entourage contribuent plus ou moins explicitement au soin, et plus particulièrement nos conjoints et nos enfants, chacun de sa place respective.

- notre travail soignant n'est pas si implicite et si inné que la formation en serait superflue. Sans formation, saurions-nous pointer les éléments importants du comportement pour préparer la relation avec les autres membres de l'équipe? Comment pourrions-nous apprendre à repérer les endroits où notre implication affective nous enlève toute objectivité face à l'enfant? Car, si la formation nous permet d'apprendre à nous positionner au sein du réseau complexe de l'accueil familial, elle nous aide également à analyser et comprendre les effets de notre comportement sur l'évolution du jeune... sans oublier l'effet décongestionnant d'un échange entre pairs.

Donc, qu'il s'agisse d'accueil social ou thérapeutique, d'enfants ou d'adolescents, le quotidien est toujours fait de ces "mille petits riens" aussi indispensables les uns que les autres. Les assistantes maternelles et familles d'accueil font preuve d'inspiration et de ressources parfois insoupçonnables pour permettre aux personnes dont elles ont accepté la responsabilité de trouver ou retrouver un équilibre, même si parfois nous pêchons par excès en étant trop "aux petits soins". Ce travail de fourmi est irremplaçable car, quelques soient les thérapies mises en place, quelle sera leur efficacité si elles ne trouvent pas de relais au quotidien? Assistantes maternelles, thérapeutes et autres intervenants de l'accueil familial, nos rôles sont certes différents mais complémentaires, et l'important n'est-il pas que chacun trouve sa place originale dans cette démarche de complémentarité car si nous, assistantes maternelles ou familles d'accueil, ne trouvons pas notre place, l'enfant pourra-t-il trouver la sienne?

Pour conclure, je vais m'autoriser une boutade : peut-être faisons-nous du soin comme Monsieur Jourdain faisait de la prose, laissant le parler en vers aux "psy" et autres techniciens ou spécialistes? Le soin serait alors à la thérapie ce que la prose est à la poésie. Mais, au risque de jeter de l'huile sur le feu, (il n'est pas interdit de se faire plaisir de temps en temps), j'ajouterai en citant un académicien : "il existe des vers qui ne sont pas de la poésie et il est au contraire de la poésie en dehors des vers" (Caillois).

**Monique MAZERY**  
assistante maternelle, formatrice

## QUAND UN ENFANT ACCUEILLI DOIT SUIVRE UNE PSYCHOTHÉRAPIE

En introduction, j'aimerais rappeler qu'un lieu quelque soit son nom (foyer, famille d'accueil, placement familial spécialisé...) est, ou devrait être, thérapeutique par la qualité du travail et des soins des personnes qui s'y trouvent.

Ce lieu d'accueil doit être bienveillant, sécurisant. Il doit répondre aux besoins élémentaires de l'enfant, lui permettre de poursuivre son évolution, de bénéficier de relations affectives, de maintenir du "lien", d'assimiler des actions éducatives, de signifier des limites.

Mais l'enfant qui nous est confié peut présenter des troubles graves qu'affection, stabilité, soins journaliers ne permettent pas, à eux seuls, de traiter. Il peut avoir des attitudes de repli sur soi, d'angoisse, d'agressivité, voire de violence qui bloquent son développement, sa capacité à entretenir des relations, à avoir une image positive de lui-même. Ces comportements désorganisent son accueil, inquiètent les assistantes maternelles, alertent les équipes...

Une indication de psychothérapie peut alors être posée, ce qui génère, dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance notamment, un certain nombre de questions et de craintes de la part des familles d'accueil.

### Les questions

En quoi cela consiste exactement? Que fait-on pendant une séance? Qui juge de son utilité? Quand et comment l'interrompre? Que faire quand l'enfant ou ses parents s'y opposent? N'y a-t-il pas des cas où c'est nocif pour l'enfant?

### Les craintes

Cet enfant est bien chez moi, ils vont tout compliquer... Que va-t-on faire apparaître de son vécu, de sa famille, qui risque de le perturber? Comment vais-je gérer ses réactions après les séances? Que va-t-on dire de moi (de mon travail), de ma famille, que va en faire le psychologue...

Cela va produire une remise en cause personnelle que je ne suis pas prête à assumer...

- que va-t-on verser au dossier de l'enfant, à mon propre dossier...

- quel secret est garanti, quelle transmission est faite...

### Quelques réflexions

La sensibilisation avant l'agrément, la formation mise en place, l'accompagnement régulier par l'équipe sociale éducative, devraient déjà permettre que l'assistante maternelle soit plus ouverte qu'il y a quelques années à cette notion thérapeutique. Le halo de mystère dès qu'on parle "psychologie" (entretenu par l'attitude de certains praticiens) tend, par l'attitude de beaucoup d'autres, à devenir plus accessible, donc à paraître moins dangereux...

La meilleure observation de l'enfant permet aussi une prise de conscience de sa souffrance (vécu antérieur, séparation d'avec sa famille mais aussi position d'enfant "tirailé entre deux familles"), souffrance que l'enfant cache souvent par sentiment de culpabilité, d'infidélité et qui est déroutante pour certaines familles d'accueil qui préfèrent alors la nier.

Et pourtant, pour accompagner l'enfant en grosse difficulté vers cette démarche de psychothérapie, nous avons un rôle important à jouer car celle-ci se déroulera d'autant mieux qu'elle aura recueilli notre adhésion, que nous n'aurons pas d'attitude bloquante de désapprobation, de suspicion, de moquerie. Nous pourrons l'aider par nos propos le concernant lui, sa famille, notre propre famille. La clarté des mots étant efficace sur la dureté des maux ressentis. Admettons qu'il peut avoir besoin de se "libérer" en dehors de nous, d'éléments qu'il ne peut dire ni dans sa famille, ni dans la nôtre, lieux trop investis émotionnellement.

Mais, pour arriver à cette prise de conscience de l'intérêt pour l'enfant de cette aide extérieure, l'assistante maternelle a besoin d'être mise au courant du projet, elle doit pouvoir communiquer ses appréhensions au sein de l'équipe. En parler la rassurera sur le fait, entre autres, que ce n'est pas sa compétence qui est jugée. Devenant partie prenante de l'indication thérapeutique, elle deviendra plus responsable dans son bon déroulement.

Le partenariat entre équipe, assistante maternelle, thérapeute, ne peut que favoriser une prise en charge plus dynamique et positive de l'enfant, et donc une meilleure adhésion de celui-ci et de sa famille.

**Micheline LENNE**

(pour l'Union Fédérative Nationale des Associations  
de Familles d'Accueil et Assistantes Maternelles)

## DE DYMPHNE À PHILÉMON, LES MYTHES DE L'ACCUEIL FAMILIAL

Lorsque Lacan introduit la catégorie du Réel, il nous le définit comme ce qui n'a de nom dans aucune langue, le monde sans le langage, catégorie donc qui va pâtir du signifiant, reculer devant les mots. Ce réel concerne trois interrogations : les origines, la mort et la jouissance. Ainsi quand la pensée humaine bute sur ce réel, elle le lit, individuellement et de façon cachée à la lumière d'un fantasme, collectivement et de façon publique à l'éclairage mythique. La lecture des origines sera le mythe génétique, celui de la fin le mythe eschatologique.

L'accueil familial a son mythe fondateur, celui de Sainte Dymphne, cette princesse irlandaise qui, fuyant un père émuoustillé par un récent veuvage, veut gagner Rome via les Flandres. Là elle est interceptée avec Gorebert, son confesseur, par l'armée paternelle. La sanction est la décapitation. Mais dit-on un "insensé" retrouva la raison à la vue de ce spectacle... Nous cesserons ici ce rappel historique œdipien s'il en est.

Il nous semble important de ressouligner qu'avant que ne s'enclenche la "machine infernale" de Cocteau était la transgression parentale : Jocaste d'abord qui avine Laïos à fins parturiennes, réduit la fonction paternelle au genitrix (fonction de reproduction) pour satisfaire sa peniswunch (quête d'un équivalent du pénis manquant : l'enfant) ; le père de Dymphne, ensuite qui bouscule les structures élémentaires de la parenté pour une débauche incestueuse. L'élément clé du mythe réside pourtant dans la guérison à la vue de la décapitation, de la coupure, en un mot, de la castration. L'insensé confronté à ce qui lui fut forclos devient raisonnable. C'est en lettres de feu que le mythe anticipe la lecture psychanalytique pour nous dire, avant Lacan, "qu'il n'y a pas de souverain bien", que ce "souverain bien" (la mère) est un bien interdit. Le prix à payer pour qui ne se déloge de ce commensalisme materno-filial appelé "jouissance de la larve" (jouissance de celui qui préfère la symbiose au risque vital), c'est cette mort psychique qu'est la psychose.

L'importance de ce mythe réside en une version mythique de l'étiologie de la folie. L'accueil n'est qu'un épiphénomène : d'autres insensés viendront, accompagnés des leurs, sur ce lieu de haute théurgie avec l'insuccès que l'on connaît et qui fera que, les parents lassés partis, ceux du terroir prendront les fous pour hôtes, pour leur bien, dit-on. Ainsi naît Geel, première colonie familiale d'aliénés.

C'est à ce dernier volet que nous voudrions rendre hommage puisqu'il est prototypique de notre accueil familial thérapeutique.

L'accueil n'est pas naturel comme l'on peut dans un premier temps le croire. "Les inconnus dans la maison" viennent se heurter à des règles qui, du macrocosme des sociétés humaines au microcosme familial, ne cessent, en se personnalisant, de se durcir. L'étranger, révélant l'étrange en nous mêmes, la chose lacanienne (part de Réel, d'extérieur, enclavée dans le psychisme humain et dont la meilleure dénomination serait l'extime) fera les frais de l'incarnation de "cet étrange pays en mon pays lui-même".

Le mythe latin de Philémon et Baucis rapporté par Ovide origine ces thèmes cruciaux dans l'appréhension de l'accueil : il était dans les montagnes phrygiennes un arbre dont le tronc unique générait un chêne et un tilleul... Parmi les distractions favorites de Jupiter (le nectar de l'Olympe, la danse des Muses, la Lyre d'Orphée), il en était une autre qui consistait à descendre en compagnie de Mercure (Dieu des voleurs dont la baguette magique est le caducée...) déguisés tous deux en mortels. C'est ainsi qu'ils éprouvèrent l'hospitalité des phrygiens sous l'allure de vagabonds. Le mythe dit que nul ne leur proposât asile, sauf un vieux couple qui malgré un certain dénuement offre mets et boisson. La jarre de vin coupée d'eau ne désemplit pas malgré consommation, et au couple apeuré, les Dieux se présentent alors, noient les phrygiens sous le déluge et transforment la demeure de Philémon et Baucis en un temple dont ils seront les gardiens. Comme les Dieux réclament un vœu à satisfaire, les deux vieillards qui s'étaient toujours aimés demandent de mourir ensemble. Et un jour qu'ils sont près l'un de l'autre, échangeant des souvenirs, chacun est transformé en arbre dont le tronc est commun.

L'enseignement fondamental de ce mythe est que l'accueil est avant tout psychique. Notre collègue alésien Patrick Faugeras le définissait ainsi "désencombrer l'espace pour qu'il fasse lieu" et, dans les temps immémoriaux, Philémon de dire : "nous sommes de pauvres gens, mais la pauvreté n'est pas un si grand malheur quand on est prêt à l'accepter" (espace psychique désencombré), puis "un esprit accommodant peut être lui aussi d'un grand secours" (lieu psychique d'accueil). C'est à cet accueil psychique que Freud se risque quand il reçoit ses "encore" amis Jung et Biswanger, et qu'il leur demande de raconter leurs rêves pour traduire, dans une triste anticipation, que l'un veut sa place (Jung), l'autre sa fille (Biswanger). Cette notion de désencombrement implique corollairement un binôme : naïveté et expérience.

- Naïveté : qu'il n'y ait aucune grille de lecture, sinon l'autre est filtré par la grille, réduit à l'aliénation : on n'en retient que ce qui colle au modèle, alors que c'est l'indigence d'un détail qui le représente. L'expression modèle psychanalytique procède de l'abjection. Il n'y a de modèle que métapsychologique. Lacan disait de l'inconscient qu'il est un "blanc marqué par un mensonge". Quand la vérité vient à occuper le blanc, la reconstruction présentifie une histoire singulière à nulle part pareille et seul le processus est invariant modélisable. Illustrons le dire lacanien :

Blanc : j'ai peur ( ) dans la nuit ( )

Mensonge : J'ai peur (que) dans la nuit (la mer se déchaîne)

Vérité : j'ai peur que dans la nuit ma mère s'en aille.

Résultat : insomnie ("la vérité se retrouve dans le symptôme")

L'analyse comme les familles d'accueil est naïve. Qui mieux que Nietzsche a su dire les bienfaits de cette naïveté : "Mes yeux se chargèrent d'en finir avec l'habitude de bouquiner furieusement, traduisez avec la philologie : j'étais sauvé des livres et, pendant des années, je ne lus plus rien. Ce moi profond, quasi enseveli, quasi réduit au silence par l'obligation sans doute d'écouter d'autres moi (...) ce moi donc se réveilla lentement".

- Expérience : qui ne consiste pas ici à faire état d'un savoir sur la vie et ses vicissitudes et à proposer à l'autre d'être un "two égo" (un semblable aliéné au modèle), mais, à la lumière de son parcours, à accompagner l'autre dans le sien. L'expérience permet à la fois d'être contenant (à savoir être surpris mais pas déconcerté) et confiant (à savoir fantasmer l'autre seul et autonome). Connaître son parcours, c'est favoriser le cheminement et non proposer la même aventure.

Le mythe d'Ovide nous montre aussi comme condition d'accueil la robustesse des liens familiaux comme "impératif catégorique" : ils vivaient depuis leur mariage dans cette chaumière et ils y avaient toujours été heureux. La robustesse du lien s'éprouve dans la dynamique de la conjugalité. L'humain ne peut vivre vraiment "avec" que s'il peut vivre seul donc s'il a rempli fonction d'accueil pour son conjoint, sinon c'est le choix par étayage et son pendant de haine quand se fait le constat d'impotence.

Le choix narcissique quant à lui ne laisse pas de place entre le sujet et son miroir humain. L'aphorisme est célèbre qui dit "qui tout me donne, tout me nie". A Jupiter et à Mercure, Philémon et Baucis offrent le couvert (chou, lard, œufs, olives et radis) mais ils gardent une option sur la jouissance, une oie, qu'ils vont finir par proposer quand "ils se rendirent compte du prodige" (le niveau du vin ne baisse pas). Mais, coquin est l'inconscient et l'acte manqué est acte réussi "nous avons une oie, dit le vieil homme, nous aurions du la donner à vos seigneuries mais si vous consentez à patienter un peu, nous allons la préparer pour vous". Mais la capture de l'oie s'avéra une entreprise qui dépassait leurs maigres forces. Ils s'y essayèrent en vain et s'y épuisèrent. Ce n'est donc qu'à partir du moment où percent les Dieux sous la défroque des hommes que le couple se sacrifie.

Le sacrifice est une notion chère à Freud : "pour se concilier les Dieux" nous dit-il, "pour s'assurer de leur désir" surenchérit Lacan. Mais ce qui est bon pour les dieux est mortel pour les hommes : le sacrifice, c'est la dette impayable, la dette à vie qui fait de cette vie un permanent rachat visant à éponger une culpabilité intarissable et qui est le point de genèse de l'appétit toxique pour l'autre, en un mot de la dépendance primaire. La dette est le plus puissant des liens, sublimé dans le sacré (le religare : le religieux, ce qui relie au Dieu crucifié sous Ponce Pilate "en rémission de vos pêchés"), répété inlassablement dans l'expérience toxique (forme inférieure de la mystique). Philémon et Baucis eux sont prototypes de la famille good-enough (suffisamment bonne) au sens Winnicottien :

- au sentiment initial que le Réel est fait pour le désir, elle propose un désillusionnement progressif, un désenchantement du monde. La famille toxique est une famille très bonne (omniprésente, omnipotente), puis radicalement absente (et l'enchantement sera poursuivi sous la forme des ivresses)

- sur les affects elle met des représentations : vous avez faim... voici des mets, vous souffrez... voici des mots. Mais que ceci ne vous contente : nous avons mieux à vous offrir.

Illustrons cette conception de famille "suffisamment bonne" par une vignette clinique.

Bernard est soigné pour une psychose dissociative à expression schizo-paranoïde. L'équipe prescriptrice, qui nous le présente, souhaite évaluer son autonomie et sa socialisation pour une meilleure inscription dans la cité via un appartement et l'étayage d'un centre de jour. Un accueil familial est requis à cet effet. Notre idéologie n'est pas pédagogique, encore moins évaluative. Si nous devons la résumer, nous dirions qu'elle propose une constellation transférentielle à ceux pour qui toute relation binaire est inopérante, et que lors des réunions où le patient est confronté à tous intervenants, il peut opérer une synthèse historisante et antithétique du concept de dissociation<sup>1</sup>.

Nous observons au tout début de l'accueil une lune de miel qui débouche sur un moment de crise que nous avons appelé lune de fiel. Lors du bilan ponctuant cette première étape, nous constatons une installation harmonieuse du cadre. La famille entière est partie prenante de l'accueil : le couple d'accueil a un enfant et un autre accueilli décrit comme psychopathe. Bernard, lui, est plus prudent, il souligne l'immaturation du fils de famille, la coquinerie de l'autre patient.

Nous pensons que se rejoue là le complexe d'intrusion, à savoir la détresse de l'humain lorsqu'il est délogé de sa place par un congénère, et que, malgré une présence certaine du père d'accueil, celle-ci reste quantitativement et qualitativement insuffisante pour esquiver une symbiose. Mais ceci est notre pain quotidien. La mère d'accueil peaufine les rites de convivialité, propose un espace de parole et de jeu et constate la participation et l'érudition de Bernard. La seule difficulté est la terreur de Bernard en matière de rencontre avec le social élargi (mais peut-être là aussi ceci n'est qu'alibi pour maintenir le duo-duel).

Ces constats faits, l'équipe prescriptrice, celle de l'accueil, et la famille sollicitée se mettent d'accord pour une continuation, et c'est alors que le patient oppose un refus net et catégorique avec cette discordance psychotique qui, dans un premier temps, nous laisse croire en une boutade. L'accueil est temporairement interrompu, puis définitivement après réitération du "non" par le patient. Nous retenons l'effet thérapeutique. Le patient peut dire "non" (donc accepter de pas toujours être dans l'omnipotence, en d'autres termes accepter la castration sans trop de préjudice narcissique). Nous connaissons les rapports du oui avec la non-acceptation de l'impuissance à tout être, "oui" qui pare à une carence narcissique face à cette même castration. Par ailleurs, pour une première, sa parole porte, a des effets et est authentifiée par les divers acteurs.

Mais pourquoi ce non? Tout d'abord trois éléments sont éclairants :

- La culture du patient est un vernis protecteur : à s'en emparer comme médiation, la perte défensive qu'elle permet ouvre une fenêtre sur le vide psychique de Bernard.
- La symbiose est protectrice et terrifiante. Le patient tente qu'à jouir du souverain bien (jouissance de l'autre), il consomme l'inceste alors il projette : "quand Mme X rentre dans ma chambre, j'ai peur qu'elle me viole". D'ailleurs, après le bilan, alors que la mère d'accueil le raccompagne à son appartement, il entame un délire de persécution : "elle prend une direction qui n'est pas la bonne", et il cherchera cet arbitrage de la Loi qui a tant fait défaut autrefois et demandera à Mme X de "l'arrêter devant le commissariat..."
- Enfin, nous apprendrons tardivement par l'équipe prescriptrice que la famille d'accueil choisie réside dans un village où est enterré le grand-père de Bernard, grand-père qui de surcroît porte le même prénom. Élément de nature à dissuader celui-là même qui prend au pied de la lettre et ignore les structures élémentaires de la parenté.

Pourtant, c'est une autre remarque qui va nous intéresser : "je ne voulais pas être déçu ni décevoir", dit le patient. L'expérience de l'accueil nous a montré que le patient protège sa famille et nous traduisons cette protection dans les faits : quand un futur accueilli est présenté à une famille, il n'est jamais fait mention de sa famille d'origine et par ailleurs, tout contact entre les deux familles est prohibé. Mais ici, nous nous trouvons probablement devant une difficulté fonctionnelle : la qualité des accueillants disqualifie la famille de Bernard.

Ceci a une double incidence : nostalgique (en regard de la part des siens dans son désordre) et culpabilisante (il peut, lui, trouver un bonheur ailleurs), situation intenable pour qui a accepté d'être le symptôme de la famille et de n'en point guérir sous peine de rendre les siens plus malades. Par ailleurs, cette position symptomatique est narcissiquement satisfaisante puisque la bouc-émissarité débouche sur une certaine thaumaturgie.

Donc Bernard se positionne ainsi :

- soit la famille est délabrée (ceci est l'anagramme de son identité : prénom et patronyme), il la restaure par sa pathologie et la reconstruit sur un modèle délirant (en tant que le délire est une reconstruction du monde). Mais ceci implique une perception fantasmatique (imaginaire) du délabrement, alors qu'avec l'accueil, c'est dans la réalité qu'il fait constat d'impotence.



- soit la famille est "bonne" et lui est invalide. Les positions inconscientes d'une famille invitent à la psychose, mais la famille psychotisante est construction de soignant. Pour le patient, ce mode de fonctionnement est un mythe Atridique (le destin, en tant que survivance parentale, frappe toutes les générations d'un funeste parcours) de lecture étiologique de son tourment et le passage est incessant du mythe au fantasme guérisseur.

Cette vignette illustrative de cet aspect "suffisamment bon" qui laisse à l'autre la place pour être suffisamment mauvais et créer l'objet dans la haine nous reconduit à notre couple d'accueillants mythiques et nous convie à continuer notre mythanalyse :

- Les Dieux avaient pris l'allure de vagabonds et mendiaient. Ceci est une double condition d'accueil. Le vagabond ne fait que passer, et ainsi est le patient (du moins dans notre unité) accueilli avec un projet post-accueil susceptible d'être réalisé quand la famille a proposé les opérateurs induisant analyse, donc tentative d'apaisement par le symbolique. L'idée de fin, posée dès le départ, est elle l'opérateur par excellence, puisque toute angoisse de séparation (dont la mort représente l'optimum) est en fait angoisse de castration d'avec la matrice maternelle et par extension le corps social. Mettre en œuvre de façon anticipée cette castration reste, à notre avis, avec le fantasme d'autonomisation, les deux atouts maîtres de l'accueil. Que les Dieux mendient veut dire que les Dieux demandent et ceci n'est pas monnaie courante chez les patients que nous admettons (en général des psychotiques au long cours, souvent oligophrénisés). Ceci implique que l'institution mentale saisisse le patient comme entrepreneur d'un rêve ou topologie (être ailleurs) et état (bien être) se confondaient en réalisation de désir.

- L'accueil commence par le couvert. Hormis la métaphore langagière que préface ce rite convivial "se mettre à table", nous soulignons l'effet de commémoration de repas totémique qui nous rappelle que, puisque "nous sommes tous des assassins", seul le pacte assure la sécurité fondamentale et que c'est pour pactiser que sont là les protagonistes, pactiser par le langage au Nom-de-Loi qui naquit du meurtre du père.

Nous nous risquons, en conclusion, à proposer, alors que "l'accueil familial en revue" nous donne un nouvel outil de travail, que le mythe de Philémon et Baucis, soit emblématique de celui-ci.

**Bernard GUITER**  
psychologue, psychothérapeute  
**Jean-Michel BLOCH**  
psychiatre des hôpitaux

---

1 - cf. notre article de l'Évolution psychiatrique et la revue Soins consacrée au travail de notre équipe

## DU PLACEMENT FAMILIAL SPÉCIALISÉ ACTUEL À L'ACCUEIL FAMILIAL

### La conquête du thérapeutique

Au moyen âge, dans les nombreux pèlerinages pour insensés et fols, de braves gens hébergeaient ces malheureux, contre quelques sols, dans l'intervalle des sorties du saint spécialisé dans la guérison de l'égarément de l'esprit. Au 19<sup>ème</sup> siècle, les aliénistes français, toujours curieux et progressistes, sont fascinés par le village belge de Geel, où, après le départ du saint, quelques peu bousculés par les idées de l'époque, les malades mentaux étaient restés au bon air, chez les paysans aidés d'une infirmerie. De retour dans la mère patrie, cette vision Rousseauïste de la guérison ou de la stabilisation par la chlorophylle et les petits oiseaux aboutit à la fondation des colonies familiales de Dun sur Auron et d'Ainay le Château.

Les grands asiles eurent leurs placements familiaux. Puis survinrent l'expérience du 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris de placement en milieu péri-urbain, et les réalisations des équipes de Nantes, Corbeil, Poissy et bien d'autres, tendant à rétablir la citoyenneté des accueillis, la sortie du système hospitalier, à définir un cadre thérapeutique ambulatoire, à faire reconnaître les familles comme des techniciens salariés. Cette évolution fut accompagnée avec prudence par les textes.

Ceci dit, qu'est ce que le soin? Sûrement un peu psychotrope dans une civilisation médicalisée où la réponse chimique est importante. La congruence culturelle est fondamentale, on a vu l'exemple du saint et de la procession à la fin du moyen-âge. Ceci aurait été complètement inefficace quelques centaines d'années plus tôt ou plus tard.

La psychanalyse, les thérapies systémiques, sans parler de l'hypnose Eriksonnienne, sont des références importantes, mais pas très utilisables de manière courante en pratique sectorielle.

Le cadre apparaît comme indissociable du soin. Il n'y a pas de soin, de repérage du soin ou de ses dysfonctionnements sans cadre. Par contre, les prises en charge fines ont remplacé les gros murs, les sauts de loup et les cellules. Les malades ne s'en plaindront pas, malgré quelques nostalgiques d'un enfermement qui relève la tête.

Toute la psychothérapie institutionnelle, à tort quelque peu oubliée, a montré ce qui dans l'institué était apport ou obstacle aux soins. Nous évoquons ici une expérience dans un lieu à une époque donnée, sûrement pas un modèle indéfiniment reproductible.

### Les principes

- La famille accueillante

Elle fait partie du cadre soignant. Elle doit être reconnue comme telle. C'est l'évolution presque acquise vers une forme de salariat, que les malades soient présents, ou absents pour une période raisonnable avec l'accord de l'équipe. C'est aussi un changement de regard, puisque de braves gens un peu naïfs chargés de l'entretien des aliénés, deviennent collègues, avec leur place dans le soin, leur droit à la formation, leur participation aux décisions. Cette révolution culturelle est sans doute le plus difficile chemin à parcourir.

#### - Le patient

Sa citoyenneté doit lui être conservée s'il n'a pas été hospitalisé, ou restituée s'il a eu un long séjour à l'hôpital. Dans ce sens, l'allocation adulte handicapé à taux plein est maintenue. Il n'y a pas de forfait hospitalier. Une curatelle renforcée, si une mesure de protection s'impose, est préférable à une tutelle. L'accueilli, s'il a un problème somatique ou dentaire, se soigne en ville. Il achète ses vêtements, ses douceurs, paye ses loisirs, ses vacances (qui nous semblent nécessaires) et même un loyer à la famille par l'intermédiaire de l'hôpital (pour éviter une rétribution directe).

#### - Le cadre matériel

Il est clairement défini lors de l'embauche. Une chambre correcte est mise à la disposition du ou des deux accueillis (le nombre trois est dérogatoire) dans l'appartement ou le pavillon. Ils participent pleinement à la vie de famille. Ce dernier point ne va pas sans poser quelques problèmes, l'irruption d'un étranger dans une culture familiale donnée n'est jamais simple. C'est encore plus net s'il est bizarre, par exemple s'il investit trop la salle de bains, et en même temps refuse de se laver et du coup dérange l'équilibre olfactif de la famille.

La famille doit se trouver à une distance raisonnable et opérationnelle de l'équipe n'excédant pas une demi-heure de voiture (hors embouteillage). Elle doit avoir des revenus extérieurs à l'accueil familial thérapeutique, pour ne pas dépendre uniquement de ce dernier en cas de rupture de contrat.

Tous les points des contrats écrits, qui seront signés par la famille et le patient, seront discutés et éclaircis par un représentant de l'administration qui fait partie de l'équipe de l'AFT.

Un projet d'avenir est demandé dès le départ. L'accueil est énoncé comme une étape transitoire, certes renouvelable, mais faisant l'objet de bilans à périodicité au moins annuelle. Les familles commencent à y participer.

## Médaillons cliniques

### 1 - L'éloge de l'inattendu.

Louis, 35 ans de psychose, cloîtré dans sa chambre, où une mère soumise lui apportait ses repas, fut accueilli au décès de celle-ci dans la famille A. Mr A., inventeur perpétuel et pygmalion méconnu, lui céda son atelier installé dans l'appartement HLM.

La première année, Louis utilisa son image de plante en pot pour faire arrêter son traitement à l'insu d'une partie du groupe d'AFT. Il conquit ainsi un espace de liberté alimentaire, vestimentaire, et verbal. Nous comparâmes ce travail à des torpilles sous-marines qui seraient venues éclater au milieu du groupe (ce qui se reproduira dans d'autres histoires) sans que nous les ayons vu arriver.

La deuxième année, Louis mit opiniâtreté, puis vigueur, à défendre son territoire, la salle de bain, lieu de plaisir interminable et compulsif, et sa chambre, tanière aux limites intangibles. Le problème de la salle de bains commune à la famille fut à peu près résolu après de multiples discussions avec tous les utilisateurs. Le problème de la chambre tanière de Louis, mais aussi ex-atelier pour Mr A. de plus en plus pygmalion, pris un tour plus féroce. A l'occasion d'une intervention aussi légitime qu'intempestive dans la dite chambre, à propos de linge de corps non lavé, la main de Mr A. fut coincée dans la porte. Un coup de téléphone affolé nous fit déclencher une visite à domicile d'urgence, qui se solda par l'hospitalisation de Louis. Devant la montée des tensions, la fin de l'accueil fut signifiée pour un avenir assez proche.

Après des phases de violence mais aussi d'union sacrée, Louis fut réhospitalisé de fort mauvais gré à la fin des vacances. Nous conseillâmes à Mr A. de s'orienter vers l'accueil de personnes âgées. Louis refusa toute sortie de l'hôpital. Il finit par céder et partit dans un foyer d'apprentissage de l'autonomie. Il est actuellement depuis trois ans dans un appartement associatif dont il surveille avec un ravissement jaloux le territoire.

La plante en pot a réellement été miraculée, peut-être un peu involontairement, en adulte autonome. La cessation avec la collaboration avec la famille a été motivée par le souhait de ne pas trop remettre en question les failles narcissiques de Mr A. L'inattendu a pris toute sa valeur thérapeutique.

## 2 - Paix ou chronicité

C'est le problème que nous pose Odette, placée après une vingtaine d'années de psychose à aboutissement hospitalier. Elle a fait une fille qui a disparu de son horizon. Sous neuroleptiques, elle a une vie très rétrécie, peu d'échanges, si ce n'est avec ses voix qu'elle évoque parfois.

Elle a été accueillie chez les N. C'est Mme N., qui n'a pas voulu avoir d'enfant, qui serait l'accueillante. Le couple profitera de l'arrivée d'un second patient pour faire construire. Les malades habitent en bas. Les motivations économiques sont évidentes. Le jeu des petits chevaux est, avec la télé, la base des échanges. Depuis cinq ans, nous nous posons le problème du devenir et de la chronicité de Odette avec souvent la tentation d'arrêter le séjour.

Cependant, Odette exprime maintenant très nettement son désir de rester. Elle s'est considérablement épanouie au contact d'un art-thérapeute et ses dessins montrent une évolution sidérante. Peut-on parler de soins, de bonheur? C'est possible.

## 3 - Une séquence bâclée

Au début où nous avons mis en place l'accueil séquentiel, nous étions soumis à la double contrainte de notre inexpérience, et de la sanction financière que représentait toute période de quelques jours sans accueil pour les familles. Mr C., retraité, et Mme C. accueillante, au bout de 3 ans d'accueil stable, avaient accepté de jouer le jeu des séquences de quinze jours alternant deux patients. A la suite d'un départ inattendu, et faute d'avoir prévu une liste d'attente, nous décidons d'effectuer un accueil en 24 heures.

Etienne, notre élu, est un nourrisson abandonnique et vorace de 32 ans qui s'est installé depuis 15 ans dans le service, dont il tire toutes les ficelles avec un art consommé. Prévenu quelques heures avant, il va se sentir bousculé, arraché à son rocher, et va mettre en jeu une stratégie d'échec. L'impréparation est bien reflétée par une ordonnance d'une quinzaine de médicaments. Etienne va percevoir d'emblée les difficultés somatiques de Mr et Mme C., va les faire résonner avec les siennes plus ou moins créées (notre collègue chirurgien parle de syndrome de Munchausen) en y mettant tout son art. Au bout de quelques jours, Mr et Mme C. qui en ont pourtant vu bien d'autres, crient au secours devant cette image exhibée de toutes les morts possibles. Nous interrompons l'accueil en catastrophe.

Cet échec sera cependant une des démarches qui vont conduire Etienne à une sortie en appartement associatif, où il a une vie autonome et n'est quasi plus malade depuis huit mois .

#### 4. Psychose et clivage

Isabelle a 20 ans. Après une rupture familiale, elle fut recueillie par sa grand-mère aux Antilles. Sa psychose a écloso sous la forme d'une adolescente obèse et asexuée qui pulvérise depuis des années les placements et les projets de soins ou même les espoirs des soignants. Nous la présentons comme premier accueil chez la famille N. Il s'agit d'un clan d'origine montagnarde et méridionale, qui a rompu avec sa vocation de famille d'accueil d'enfant à la suite d'une rupture passionnelle (et pas inhabituelle) avec la DDASS qui lui a retiré l'enfant. Isabelle va prendre la place de ce dernier, qui reviendra quasi subrepticement à la fin de l'histoire.

La famille, bonne éducatrice, un peu rigide, va supporter de plus en plus mal les replis négativistes, l'incurie volontaire de Isabelle.

Le groupe d'AFT restera dans le manège de la présence parfois rétribuée de nombreux enfants plus ou moins extérieurs au clan, puis du retour de l'enfant arraché (en fait repris par son père qui le reconfiait à la famille). L'équipe de l'unité de soins d'Isabelle va développer des projections à l'encontre de la famille où l'alcoolisme le dispute à l'inceste, et va se retourner avec violence vers et contre le groupe d'AFT. Isabelle, acteur et victime de la situation, veut après les vacances retourner à l'hôpital, puis chez sa mère, les deux étant à l'évidence impossibles. La famille est convoquée pour lui conseiller de retourner à sa vocation d'accueil d'enfants qu'elle a en fait recommencé. Mr, à la retraite, refuse de venir car il doit acheter des pièces pour sa rutilante voiture. Il emboutira celle-ci par une majestueuse marche-arrière, dans une voiture de service, devant moi quand je dis bonsoir à Mme N.

Hospitalisée, Isabelle a continué ses violences.

#### 5. Du sexe des anges

Hélène, jeune femme appétissante malgré ses difficultés d'être, est confiée en accueil séquentiel à la famille G. Elle a subi, au moins dans sa tête, des agressions sexuelles lors de son enfance. Mr G., personnage haut en couleur, est l'image d'une virilité dont il décrit le caractère passé avec beaucoup d'humour.

Au bout de deux séquences, de retour dans le service, Hélène nous a révélé que Mr G., au motif de vidéo, lui a fait enlever son tee-shirt, et a tenté des attouchements.

Pendant 15 jours, sans discussion vraie, la rumeur (la *rumore di venitienne*) va enfler dans l'institution. Au bout de ces 15 jours, la majorité du groupe d'AFT est également convaincue du quasi viol. Une petite minorité finira par proposer d'entendre Mr G. avant de le rejeter dans les flammes éternelles. A l'entretien, l'enregistrement vidéo s'avère une recherche de souvenir plus que banale pour une famille dont les patients changent souvent. Hélène, soutenue par les patients, refusera de repartir dans la famille. Les soignants et le groupe d'AFT mettront quelques mois, beaucoup d'effort et de silence, pour se ranger à l'évidence. La famille G. continue à accueillir. Les tentatives pour faire émerger la question du sexe dans le groupe se sont soldées par des demi-échecs ou des projections en miroir.

#### 6. Un accueil bref

Thierry, 33 ans, est le dernier d'une fratrie de 4. Sa mère décède lorsqu'il a 7 ans. Il est élevé par son père avec qui il a une relation faite d'impossibilité à être ensemble comme à être séparé. Le frère le plus proche de lui meurt en 1995 de maladie. A la suite de ce décès, le père dit ne plus pouvoir s'occuper de Thierry. Les séjours à la maison s'espacent.

Les difficultés de Thierry sont anciennes et importantes (troubles de l'identité, épisodes délirants) et l'ont conduit à des actes auto-agressifs (tentative de mutilation sexuelle, déféstration) dont il garde des séquelles, en particulier des difficultés sphinctériennes.

Ces temps derniers, la prise en charge de Thierry s'enlise. Un accueil familial séquentiel est proposé qui soulève des réactions d'ambivalence dans l'équipe et chez Thierry. Il se déroulera en trois temps :

- premier temps : présentation du projet et premières visites

Thierry est réticent, il dit que son père veut se débarrasser de lui. Le séjour se passe mal : troubles sphinctériens importants, comportement de Thierry vécu comme agressant et intrusif par la famille. Thierry semble commencer à investir le projet et envisage un prochain séjour.

Deux éléments notables sont à signaler : la mise en évidence de la question de sa place (il pense prendre la place, la chambre de la fille de la famille), et l'apparition de passages à l'acte évoquant la déféstration antérieure (il ouvre la portière de la voiture en marche lors du premier trajet ; il jette par la fenêtre de la voiture le change qui lui a été remis lors du deuxième trajet).

- deuxième temps : retour à l'hôpital

Pendant les quinze jours qui suivent, T. va faire deux épisodes sub-occlusifs. Les soignants soulignent l'aspect dramatisé de leur résolution décrite comme un accouchement (position, plaintes). Il se prépare un nouveau séjour.

- troisième temps : conclusion de l'accueil

La famille annonce qu'elle ne souhaite pas poursuivre cette prise en charge difficile. Lors de l'entretien faisant suite à cette décision, Thierry se montre étonnement présent, ni confus, ni délirant. Il évoque l'intérêt de l'accueil pour soulager son père, et sa difficulté à s'éloigner car son père a besoin de lui depuis le décès du frère. Il évoque aussi la difficulté à se souvenir de son enfance et la déception que ses hôtes n'aient pas 40 ans comme il l'avait imaginé. Enfin, il énonce clairement le désir d'aller pour les vacances dans une famille connue de lui et de son père, insistant sur le côté limité de ce séjour, ces personnes devant déménager par la suite.

La semaine qui suit, Thierry et son père mettent ce projet à exécution. Le médecin de Thierry note une nette amélioration clinique.

Cet accueil très bref (deux séjours courts en famille d'accueil intercalés de retour à l'hôpital) a permis :

- que Thierry puisse se déterminer clairement, et en son nom, pour un projet l'éloignant pour un temps de son père et de l'institution,

- la mise en relief d'une problématique dont on peut faire l'hypothèse qu'elle touche à un fantasme d'accouchement ou de naissance et qui porterait la question de son identité sexuelle,

- enfin, l'expression de la problématique de sa place au sein de la famille.

On peut penser que l'objectif essentiel de l'accueil familial thérapeutique, qui est de donner ou plutôt redonner un sens, a été en partie atteint malgré la brièveté de cet accueil.

## Conclusion

L'accueil familial thérapeutique est une situation artificiellement instituée, basée sur "l'adoption" temporaire d'un malade adulte par une famille et réciproquement. A cette occasion, non seulement la folie de l'un va devoir se compromettre avec la normalité des autres, mais deux cultures familiales vont se choquer jusque dans leurs odeurs ou leur cuisine.

Le malade se situe à l'intermédiaire de trois groupes :

- celui de l'AFT est le plus homogène. Il est souvent, mais pas toujours, le plus vigilant
- celui des familles qui selon les époques s'unissent ou se désunissent
- celui des soignants référents qui peut être passif, actif, voire offensif comme dans l'exemple d'Isabelle.

Chaque groupe peut parfaitement délirer, persécuter l'autre, ce qui est vivant et souvent sain si les clivages ne vont pas jusqu'à la rupture de la cothérapie.

Nos possibilités spontanées de clivage et de projection au sein des groupes, et entre-eux, sont utilisées par les malades les plus psychotiques pour reproduire les conflits qu'ils ont vécus dans les périodes archaïques de leur histoire.

Une large utilisation des modes de communication infra ou extra-verbales permet parfois de faire éclater avec une grande violence après des mois de cheminement souterrain les torpilles (histoire de Louis).

Tout soignant, tout groupe de soignants, a son ou plutôt ses points aveugles (un train peut en cacher un autre). Le dernier qui a éclaté parmi nous est celui de la sexualité. Si elle est tolérée, interdite, et parfois ignorée dans le service, dans l'AFT, les anges n'ont pas de sexe, ce qui leur permet de passer à moins qu'ils n'éclatent comme c'est le cas de Hélène.

L'accueil familial thérapeutique des adultes est un des domaines où la psychiatrie bouge encore, et avance au lieu de reculer. C'est une formule d'avenir qui peut aider bien des transitions, et éviter des sorties vers les trottoirs, les halls de gare ou les quais de métro. Elle apporte incontestablement une chaleur de vie aux patients qu'ils trouvent difficilement dans les institutions.

Le stade de la famille "bon sauvage inculte" est dépassé, et il faut rendre hommage aux compétences que les familles ont su acquérir. Elles méritent notre respect et notre protection contractuelle, comme les patients méritent la leur.

Il existe donc une évolution vers le statut de collaborateur salarié pour les familles, et celui de citoyen désaliéné et reconnu pour les patients. Notons à ce propos que si le problème de la déshospitalisation a bien évolué, celui de la tutelle a été peu travaillé et est resté assez figé dans les équipes que nous connaissons. Il devrait être possible maintenant de le faire aussi évoluer.

Il faut que l'accueil familial thérapeutique ait sa place au milieu de la palette des prises en charges ambulatoires. Avec des moyens en baisse, seule la créativité peut être thérapeutique.

**Michel LACOUR** (praticien hospitalier)

**Monique JAOU**L (psychologue)

**Amine KETTAF** (praticien hospitalier)

Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy

## FAMILLE D'ACCUEIL : UN ESPACE THÉRAPEUTIQUE

Historiquement, l'utilisation de l'espace familial comme espace d'accueil de la maladie mentale, puis du handicap social plus récemment, correspondait à une préoccupation hôtelière plutôt que thérapeutique. Or, il s'est avéré que l'institution familiale, sollicitée comme espace d'accueil, offrait un certain nombre d'avantages pouvant favoriser l'émergence d'un processus thérapeutique. Avantages qui tiennent autant au cadre d'évolution de la famille qu'aux relations que le patient peut y trouver.

Que recherche-t-on, en effet, dans le placement familial? Quelle est la portée thérapeutique de cet élément de socialisation présent dans une dynamique familiale? Au-delà de la production de soins, d'attentions, il faut tenir compte de la dimension des mécanismes psychiques qui sont mis à l'œuvre.

Ce qui est visé dans cette "fonction d'accueil familial", c'est la répartition de l'économie, de l'investissement dans un type de relation à objet ou à sujet, et la place que la maladie y occupe. Ce qui est en cause est donc bien du thérapeutique, et même s'il s'avère difficile de le définir, c'est du sujet qu'il s'agit et de son émergence dans une reconstruction d'une histoire qui l'aide à la structuration de son imaginaire et qui le reconnaisse comme sujet parlé, parlant, désirant.

Le cadre que représente la famille d'accueil peut alors constituer un contenant capable, grâce aux résistances, à l'identité, aux mécanismes de défense de chacun de ses membres, d'offrir à l'accueilli la possibilité d'exister sans trop de risques et d'y développer des mécanismes de "colmatage" d'angoisse, de sénérinité, puis de cicatrisation. Les familles d'accueil offrent des potentialités multiples, car, petits groupes vivants, naturels, elles sont bâties sur un modèle infiltré de coutumes, de règles familiales, qui se défendent contre toute intrusion et plus encore contre tout système paralogique.

Le rôle de l'institution peut et doit matérialiser ce "contenant" en distribuant les rôles d'accueilli et d'accueillant. Mais, il doit replacer ceci dans une dimension institutionnelle et thérapeutique en établissant un cadre de pensée ou la dialectique famille d'accueil-équipe peut alors se nouer et produire du sens, permettant au fonctionnement psychique de l'accueilli d'exister, d'évoluer. Cadre de pensée, car dans toute conception du soin, la notion de cadre au sens de contenant apparaît essentielle. Ce n'est pas parce que des bornes et des balises existent que la personne accueillie pourra se situer, se percevoir en référence à l'Autre, et dont exister en tant qu'individualité. Cadre de pensée aussi dans une dimension spaciale. Il s'agit d'offrir à l'être en difficultés, dont les liens le reliant à la raison ont cédé, un espace où ses facultés relationnelles et affectives puissent se développer sans risque.

On peut se demander si une famille, ayant à appréhender et à traiter des situations à dimension thérapeutique aussi complexes que celles exigées dans ce cadre de pensée, peut constituer un cadre, un contenant capable d'assumer de telles responsabilités. N'est-ce pas trop demander à une famille? En fait, c'est avec les résistances, l'identité, les personnalités, les mécanismes de défense de chacun des membres de la famille que l'institution va avoir à créer un espace thérapeutique pour la personne accueillie, à travailler dans la relation avec l'Autre souffrant.



La famille d'accueil va être le réceptacle de sentiments intenses, le lieu de projection, le support de phénomènes de transfert. Un lieu, un réservoir où la personne accueillie va puiser les éléments nécessaires à son évolution, à sa stabilisation. C'est ce qui peut expliquer l'immense dimension psychothérapeutique du processus du placement familial. Voilà en quoi le travail d'accueil familial peut être qualifié de thérapeutique, grâce à un état de sécurité de base établi autour de la famille d'accueil, en créant un espace de transition. C'est un peu comme un modèle de "poupées gigognes", car les pensées de la personne accueillie en difficulté vont être englobées dans un ensemble plus vaste le liant à la famille d'accueil ; l'ensemble étant lui-même contenu dans un ensemble qui le dépasse, le reliant au reste de l'institution. C'est une sorte de réseau, plus ou moins serré, où l'on a le sentiment que quelque chose peut enfin se tisser.

Dans le contexte actuel, l'espace thérapeutique défini ci-dessus convient également à tous les déstructurés sociaux, asociaux, et carencés affectifs. Si le placement thérapeutique s'appliquait aux malades mentaux jusqu'à une période récente, on ne peut plus ignorer le handicap social, pour lequel la frontière entre le placement familial thérapeutique et le placement familial social est pratiquement effacée. Les attitudes, les comportements de la famille d'accueil permettent aujourd'hui d'obtenir d'excellents résultats auprès de cette nouvelle catégorie de "patients".

**Maurice LE BECHEC**, président de l'UNAF  
**Anne-Thérèse PAISTEL**, psychologue, formatrice

**IFREP** organise

**2 JOURNÉES D'ÉTUDE à PARIS les 30-31 janvier 1997**

**L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE DES ADULTES  
cadre et processus soignants**

*Conçu comme un mode de traitement de personnes souffrant de troubles mentaux, l'accueil familial thérapeutique se développe dans la plupart des établissements hospitaliers.*

*Comment la spécificité de l'accueil familial et du travail des familles d'accueil est-elle abordée et pensée? Quels cadres fonctionnels et théoriques permettent de prendre en compte les processus en œuvre et de les intégrer dans une dynamique de soin?*

*Ces journées ont pour objectif de réfléchir aux effets de l'accueil familial, et d'élaborer les axes d'analyse et d'interventions indispensables à leur accompagnement.*

**inscriptions**

IFREP - BP 358 - 75626 PARIS cedex 13 - tel 01 45 89 17 17 - fax 01 45 89 00 41

coût            850 F jusqu'au 13/12/96 - 1150 F après le 13/12/96  
                  450 F pour les familles d'accueil

# glossaire

*Un glossaire de l'accueil familial, proposé par Daniel Gorans (praticien hospitalier à Nantes) et Jean-Claude Cébula accompagne dans chaque numéro les dossiers traités par la revue.*

*Des compléments peuvent être apportés par les lecteurs. Nous attendons vos propositions.*

**ACCOMPAGNEMENT (de l'accueil) :** travail des équipes auprès des acteurs de l'accueil familial (accueilli, famille d'accueil, parents). Autres termes utilisés : suivi, guidance

**AFFECT :** désigne les différentes formes de sentiments et d'émotions plus ou moins définissables. L'affectivité est la faculté de s'émouvoir. L'affection, dans le langage courant : sentiment alliant tendresse et attachement... qui doit se trouver en abondance chez les familles d'accueil

**ALLIANCE :** processus par lequel on s'engage mutuellement. Les systèmes d'alliance qui se créent entre les différents partenaires de l'accueil familial peuvent avoir des effets soignants, on parle alors d'alliance thérapeutique

**ANGOISSE :** affect désagréable avec éprouvé de danger parfois indéfinissable, pouvant s'accompagner de signes physiques (sueurs, troubles digestifs, cardiaques, respiratoires...). Les séparations génèrent de l'angoisse dès le début de l'existence. Ces angoisses, réactivées chez chacun des partenaires lors d'un accueil familial, deviennent si elles sont analysées un des mécanismes sur lequel le soin peut s'appuyer

**APPAREIL (à penser les pensées) :** décrit par le psychanalyste anglais Bion chez les mères : elles élaborent les pensées de leur bébé qui ne possède pas le langage, et peuvent les leur traduire en symboles "digestes". Travail de pensée similaire à celui que mettent en œuvre les accueillants qui pensent pour "leur" accueilli. Devrait également être à l'œuvre dans les équipes

**APPARTENANCE :** le sentiment d'appartenance serait essentiel à tout être humain (Cyrulnik). Savoir à qui appartient l'accueilli et son histoire est toujours présent en accueil familial

**APPRENTISSAGE :** une des représentations du travail des familles d'accueil qui ont le sentiment de devoir apprendre à des accueillis ce qui n'a pu jusque-là leur être appris

**APPROPRIATION :** mécanisme à l'œuvre en accueil familial, qui doit être repéré et analysé pour permettre des effets soignants

**ATTACHEMENT :** besoin primaire, inné chez les animaux comme chez l'être humain (J. Bowlby). Les phénomènes d'attachement se rejouent en accueil familial

**AUTISME :** pathologie mentale qui se manifeste par un mode de communication altéré avec l'environnement (repli sur soi plus ou moins massif, perte de contact avec la réalité...). Peut représenter une partie des difficultés (on parle alors de syndrome autistique) ou l'essentiel des troubles manifestés (on parle alors de maladie autistique). Les causes en sont encore à ce jour incomplètement élucidées. La prise en charge peut comporter un accueil familial, le plus souvent thérapeutique

**AUTONOMIE :** un des objectifs majeurs de l'accueil familial (arrêté du 01/10/90). Quelque soit le degré de dépendance de l'accueilli, faire de son autonomisation une préoccupation permanente est thérapeutique

**BONNE MÈRE (suffisamment...) :** concept proposé par le psychanalyste anglais Winnicott. Elle s'adapte intuitivement aux besoins de son nourrisson, permettant le passage d'une dépendance absolue à une dépendance relative, puis à l'autonomie. Les accueillants sont censés avoir cette qualité

**CADRE (de travail) :** système de références légales, pratiques et théoriques nécessaires pour pouvoir organiser, repérer et analyser le travail d'accueil familial et ses effets

**CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) :** centre de consultation et de soins pour les enfants de moins de 6 ans ayant des difficultés psychiques associées ou non à des difficultés sensorielles, motrices ou autres

**CMP (Centre Médico-Psychologique)** : équipement de base d'un secteur de psychiatrie publique. Assure de nombreuses formes de soins (consultations, soins à domicile, rééducations, groupes thérapeutiques...) et des actions de prévention

**CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique)** : centre qui assure pour les enfants de nombreuses formes de soins et de rééducations. Géré le plus souvent par le secteur associatif

**CHIMIOTHÉRAPIE** : traitement à base de substances chimiques

**CLIVAGE** : processus psychique consistant à diviser radicalement en deux ou plusieurs composantes une partie de son psychisme, un sentiment complexe ou un affect

**COLONIE FAMILIALE** : à la fin du siècle dernier, deux colonies familiales pour malades mentaux adultes ont été créées en France, à Dun sur Auron et Ainay le Château, à partir du modèle belge de Geel. Les "nourriciers" assuraient l'hôtellerie

**CONFIANCE** : attitude nécessaire à chacun des partenaires pour qu'il y ait accueil familial

**CONTENANT** : peut qualifier une attitude éducative consistant à savoir donner des limites. Désigne également une fonction psychique permettant d'accueillir les pensées, les affects et les souffrances d'autrui et de les contenir. Cette fonction est nécessaire en accueil familial

**CONTINUITÉ (de l'accueil)** : selon les situations, peut être souhaitable ou entraver les effets attendus

**CONTRE-INDICATION** : des pathologies, des troubles graves de la personnalité, des handicaps trop lourds peuvent être des contre-indications à certains types d'accueil familial

**CONTRÔLE** : mode d'intervention (prévu dans certaines règlementations) peut opérationnel auprès des familles d'accueil et incompatible avec la notion de confiance. Autre sens, inspiré des techniques psychanalytiques : supervision du travail de psychothérapie par un thérapeute plus expérimenté

**CO-THÉRAPEUTE** : celui sans qui les effets thérapeutiques ne peuvent se produire. Les accueillants, en particulier en accueil familial thérapeutique, peuvent être en position de co-thérapeutes

**CULPABILITÉ** : sentiment souvent éprouvé par la famille de l'accueilli, parfois par l'accueilli lui-même. Il est important de veiller à ne pas renforcer cet affect qui peut empêcher l'établissement d'alliances thérapeutiques

**DÉSIR DE RÉPARATION** : anime les accueillants, et plus largement tous ceux qui ont une fonction soignante. Souvent lié à l'histoire personnelle de celui qui l'éprouve

**DIVISION (du sujet)** : état de tout être humain (renforcé en accueil familial?)

**ÉDUQUER** : un des objectifs du travail des assistantes maternelles... Indissociable du soin

**EFFETS (de l'accueil)** : produit de l'accueil familial. Peut être thérapeutique ou pathogène. Il est nécessaire d'évaluer régulièrement les effets de l'accueil afin d'ajuster les objectifs du travail

**ÉQUIPE** : souvent qualifiée de pluridisciplinaire. L'appartenance des accueillants à l'équipe reste un sujet controversé

**FANTASME** : production imaginaire liée au désir. Peut être un des moteurs de l'action tel que le fantasme de réparation souvent à l'œuvre pour les différents professionnels de l'accueil familial

**FILIATION** : lien de parenté unissant un être humain à ses géniteurs. Les effets de l'accueil familial peuvent le mettre à rude épreuve

**FONCTION (soignante)** : action des accueillants et des équipes qui peuvent avoir une fonction soignante, maternante, éducative... On parle également de fonction de tiers, symbolique, médiatrice, de contenant, de co-thérapeute...

**GUÉRISON** : rétablissement de la santé. Par extension, atténuation, cicatrisation ou suppression d'un état de souffrance. En accueil familial, il s'agit de la souffrance sociale et/ou psychique

**GUIDANCE** : définit des pratiques d'accompagnement (des accueillants, des parents...)

**HANDICAP** : désavantage lié à des incapacités physiques ou psychiques. Reconnu par la CDES ou par la COTOREP, il peut donner droit à l'attribution d'allocations

**HÔPITAL** : établissement, le plus souvent public, qui accueille et soigne toute personne souffrant d'une pathologie. Les services de psychiatrie peuvent organiser l'accueil familial thérapeutique

**IDÉALISATION** : processus psychique consistant à attribuer des vertus parfaites à soi ou à autrui. L'idéalisation des accueillants ou de sa famille par l'accueilli est un phénomène important qu'il convient de repérer et d'analyser pour contribuer aux effets soignants

**IDENTIFICATION** : processus psychique d'assimilation d'un aspect d'une autre personne : "la personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications" (vocabulaire de la psychanalyse - Laplanche et Pontalis). Un des supports de l'action soignante en accueil familial

**INCESTE (interdit de)** : loi humaine universelle régissant les relations entre membres d'une même famille. Par extension, cet interdit peut concerner l'accueilli et les membres de la famille d'accueil

**INDICATION (à l'accueil familial)** : certaines situations, pathologies ou handicaps, sont des indications à l'accueil

**INDIVIDUATION** : le processus de séparation-individuation a été décrit par M. Mahler à propos du nourrisson : évolution d'une symbiose mère-enfant vers le sentiment d'être un individu à part entière. Ce phénomène est également décrit à l'adolescence. Les accueillants ont souvent à accompagner et soutenir ce processus

**INJONCTION DE SOIN** : obligation notifiée par un juge d'entreprendre des soins. Peut entraver l'expression d'une "demande" ou la rendre factice et inopérante

**INSERTION** : objectif proposé aux familles d'accueil pour la personne accueillie, tant dans leur famille que dans l'environnement social

**IME (Institut Médico-Educatif)** : établissement souvent géré par une association, accueillant enfants et jeunes adultes présentant divers handicaps. Travail éducatif et soins y sont associés. Peut comporter Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés (enfants de 6 à 14 ans), Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (14 à 20 ans). Fonctionne en internat ou en externat. Peut organiser des Centres

d'Accueil Familial Spécialisé, ou proposer des Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile. L'orientation relève de la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale

**KANGOUROU (complexe du)** : désigne ce dont souffrent certains accueillis qui ne parviennent plus à s'aventurer hors du giron de la famille (trop...?) accueillante, comparable à la poche du marsupial. Cela fait faire des bonds énormes... à l'équipe qui assure le suivi

**LIEN** : forme d'attachement. Les liens qui se créent en accueil familial doivent être accompagnés, analysés et parfois dénoués

**LOYAUTÉ (conflit de)** : les accueillis sont pris dans des conflits de loyauté entre leur milieu d'origine et la famille d'accueil. Ceux-ci peuvent bloquer les effets soignants s'ils ne sont pas "travaillés"

**MALADIE MENTALE** : affection se traduisant par des signes de souffrance psychique aigus ou chroniques (durables). L'accueil familial thérapeutique est une des formes de soins possibles

**MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)** : accueille les adultes handicapés psychiques dépendants. L'admission dépend Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel)

**MATERNAGE** : un des effets attendus du travail des familles qui accueillent des nourrissons ou des jeunes enfants (voire des adultes). Doit être accompagné, puis relayé, par un travail d'autonomisation

**MÉDIATEUR** : une des fonctions de l'équipe d'encadrement vis à vis de l'accueilli et de ses deux familles. La médiation est une des conditions du soin en accueil familial

**MOTIVATION** : explication ou justification d'un acte ou d'une décision. Peut être consciente ou inconsciente. Travailler en accueil familial requiert des motivations dont il convient de comprendre le sens. Trop souvent recherché du côté des familles d'accueil lors des procédures de sélection

**NÉVROSE** : maladie psychique dont les signes traduisent des tentatives de lutte contre des angoisses d'origine inconsciente. Les névrotiques gardent le contact avec la réalité et ont conscience de leurs troubles. (névrose d'angoisse, névrose phobique, névrose hystérique, névrose obsessionnelle)

**ORIGINE** : la question des origines de l'accueilli émerge souvent en accueil familial. Le travail d'élaboration et de valorisation des origines favorise paradoxalement l'intégration de l'accueilli et permet le développement du respect mutuel indispensable au soin

**PARTAGER** : attitude attendue des familles d'accueil qui partagent certains aspects de leur vie familiale. Partager a des limites relatives à la sexualité ou l'intimité...

**PARTENAIRE** : chacune des personnes impliquées dans le processus d'accueil familial

**PATHOGÈNE** : qui provoque une maladie. L'accueil familial a parfois cet effet. Certaines contre indications en découlent

**PATHOLOGIE** : science des maladies, et par extension peut en désigner une forme

**PARTICIPATION (à la vie familiale)** : une des conditions de l'accueil

**PLACE (de chacun)** : dans le dispositif d'accueil familial, il faut s'efforcer de repérer places, rôles et fonctions. Les confusions sont sources de blocage des soins

**PLACEBO** : médicament factice qui peut cependant avoir des effets réels (effet placebo). L'accueil familial, dans certaines situations, est comparé à un placebo

**PLACEMENT - DÉPLACEMENT** : le placement ou déplacement familial génère des troubles relatifs à la séparation à l'appartenance... qu'il ne faut pas omettre de soigner

**PRÉVENTION** : tout ce qui peut être fait pour éviter l'apparition ou l'aggravation des troubles. N'évite pas toujours la mise en place de soins

**PRISE EN CHARGE** : éducative, thérapeutique, sociale... En accueil familial, chacun des protagonistes impliqués doit se situer à un niveau de la prise en charge

**PROJET** : objectif soutenant la décision d'accueil familial. Doit être réévalué régulièrement en fonction de l'évolution de l'accueil et des difficultés rencontrées

**PROCESSUS SOIGNANTS (ou thérapeutiques)** : manière dont l'activité de soins se développe

**PSYCHANALYSE** : inventée par Freud. Consiste à mettre en évidence les significations inconscientes du psychisme et des agissements humains et parfois à les interpréter dans un but thérapeutique. Désigne aussi les théories qui s'y rapportent

**PSYCHANALYSTE** : celui qui, après une psychanalyse, pratique les psychothérapies fondées sur les théories psychanalytiques

**PSYCHOLOGUE** : "personne qui exerce un des métiers de la psychologie appliquée ou thérapeutique" (Grand Robert de la langue française). Dans le langage courant : habile et compréhensif avec autrui. Tous les psy ne sont pas nécessairement psychologues !

**PSYCHIATRE** : médecin spécialiste des maladies mentales et de toutes les manifestations de souffrance psychique qu'il soigne ou atténue

**PSYCHOSE** : maladie mentale avec désorganisation de la personnalité, troubles du comportement et des relations, dont le sujet a plus ou moins conscience. Peut s'accompagner de délire

**PSYCHOTHÉRAPIE - PSYCHOTHÉRAPEUTE** : la psychothérapie est un moyen de traitement des difficultés psychiques fondé sur la relation entre le thérapeute et le sujet souffrant, s'inspirant de théories variées. La psychanalyse est une forme de psychothérapie. Le psychothérapeute est celui qui pratique une forme de psychothérapie

**RÉGRESSION** : retour à un stade antérieur du développement psycho-affectif. Certains épisodes de l'accueil familial (les débuts notamment) des enfants (et parfois des adultes) peuvent s'accompagner de régression

**RESTAURATION (des capacités relationnelles)** : un des objectifs de l'accueil familial thérapeutique

**RIVALITÉ** : la situation d'accueil familial ravive toutes les rivalités : entre les deux familles de l'accueilli, l'équipe d'encadrement et les familles, voire les différents membres de l'équipe d'encadrement. La recherche d'effets soignants passe par l'analyse de ces rivalités

**RUPTURE** : le déplacement d'un sujet chez une famille d'accueil provoque une rupture qui a toujours une composante traumatisante à évaluer et à travailler

**SANTÉ** : bien être physique et psychique. Un des droits fondamentaux. "A considérer sous l'angle du développement, c'est la maturité correspondant à l'âge de l'individu" (Winnicott)

**SECRET PROFESSIONNEL** : voir glossaire n°1

**SECTEUR DE PSYCHIATRIE (adulte ou infanto-juvénile)** : unité géo-démographique où une équipe pluridisciplinaire travaillant dans le service public a pour mission d'assurer la prévention, les soins et la post-cure de la population en difficulté psychique qui y habite ou de toute personne qui lui en fait la demande. Le service d'AFT peut être un des équipements dont dispose un secteur

**SÉCURITÉ** : "état d'esprit confiant et tranquille de celui qui se croit à l'abri du danger" (GR de la LF) l'accueilli doit se sentir en sécurité chez l'accueillant, et l'accueillant ne doit pas sentir sa sécurité physique ou psychique menacée par l'accueilli

**SÉPARATION** : fait partie du processus d'individuation de l'être humain. En accueil familial, les séparations sont à accompagner et à travailler pour ne pas créer de traumatismes

**SOCIALISATION** : développement de relations sociales. L'accueil familial a pour mission de favoriser la socialisation ou la re-socialisation

**SOIN** : va de la préoccupation attentive à la contribution active au bien-être, voire à la guérison d'une personne. Toutes les formes d'accueil familial devraient comporter une part de soins

**SOUTIEN** : forme d'aide ou d'accompagnement plus ou moins active

**SUJET** : appliqué à une personne, être à part entière (malgré son état de division psychique), distincte des autres et susceptible d'agir, de réfléchir et d'éprouver par elle-même

**SUIVI** : forme d'accompagnement qui peut comporter des soins

**THÉRAPEUTE** : dans l'antiquité, ascète juif. Actuellement personne qui pratique les soins

**THÉRAPIE FAMILIALE** : forme de prise en charge qui situe le soin au niveau de l'ensemble de la cellule familiale et des relations qui s'y nouent. La souffrance de l'un des membres de la famille est considérée comme l'expression de celle de toute la famille. Il existe des thérapies familiales systémiques ou psychanalytiques

**TIERS** : assure une fonction de garant, d'arbitre, de conciliateur ou de médiateur dans les relations. Il faut toujours un tiers en accueil familial

**TOUTE PUISSANCE** : sentiment magique de pouvoir absolu. Présent chez l'enfant au cours du développement affectif. L'intégration du principe de réalité et la présence d'un tiers favorisent son extinction

**TRANSFERT** : en psychanalyse "projection" sur le psychanalyste d'affects, de désirs, de fantasmes de même nature que ceux vécus dans l'enfance. Au sens large, ensemble des phénomènes relationnels entre l'analysant et l'analyste. Le contre-transfert désigne les réactions inconscientes du psychanalyste face à ce transfert. Ces processus sont à l'œuvre en accueil familial

**TRAUMATISME** : événement dont l'intensité émotionnelle entraîne une blessure psychique. Le déplacement familial peut causer un traumatisme

**TRIANGULATION** : fonction de tiers attribuée classiquement au père, indispensable à un bon développement psycho-affectif de l'enfant. Par analogie, en accueil familial, la triangulation accueillifamille d'accueil-équipe est nécessaire à la survenue d'effets soignants

**TROUBLES MENTAUX** : difficultés liées à une maladie mentale

**WALKYRIE** : figure emblématique d'assistante maternelle?

**ZIZANIE** : semer la zizanie, c'est semer une mauvaise herbe avec pour corollaire la discorde. C'est parfois ce à quoi s'emploient les équipes d'accueil familial en essayant de faire pousser certains accueillis chez certains accueillants

# actualité

## CONVOCATION DES ASSISTANTES MATERNELLES AUX AUDIENCES D'ASSISTANCE ÉDUCATIVE

### 1. Le point de vue de l'Association Nationale des Placements Familiaux

En avril dernier, le conseil d'administration de l'ANPF faisait part de sa position à propos de la convocation des assistantes maternelles aux audiences de révision de situation. Cette position a été publiée notamment par le Lien Social (n° 347 du 4 avril 1996), par les ASH (n° 1967 du 22 mars 1996) et par TSA (n° 592 du 12 avril 1996).

En résumé, selon l'ANPF, cette exigence des juges des enfants "soulève une question de principe" argumentée en deux points :

- d'une part, au niveau de la responsabilité : lorsqu'un magistrat confie une mesure d'assistance éducative à un service de placement familial, c'est la responsabilité de la structure qui est engagée. A ce titre, seul le responsable du service peut mandater la personne qui le représentera aux audiences. L'avis donné par le service et engageant sa responsabilité est élaboré au cours de la synthèse qui rassemble l'équipe pluridisciplinaire.

- d'autre part, les assistantes maternelles salariées du service participant aux réunions d'évaluation des situations doivent rendre compte à leur hiérarchie, et non au "magistrat qui ne peut se substituer à l'employeur dans les relations hiérarchiques au sein du service".

A ces arguments de principe sont associées des remarques relatives notamment au "registre des tiraillements affectifs qui risque de prendre le pas sur la règle de droit avec son cortège de sentiments contradictoires impossibles à gérer" si à l'audience devaient être présents parents et familles d'accueil. Enfin, pour que "l'enfant puisse donner sens à la mesure", il est rappelé la nécessité de clarifier les compétences, et de repérer les rôles et les limites des fonctions.

### 2. Le point de vue de deux magistrats

Nous avons rencontré deux magistrats du tribunal pour enfants de Bordeaux, Anne-Marie Vignaud et Christian Chomienne ; l'un d'entre eux ayant adressé un courrier aux institutions locales en faisant part de son intention de demander aux services de s'assurer de la présence des assistantes maternelles aux audiences.

Leur position s'appuie sur des considérations relatives au droit, à la pratique judiciaire et aux objectifs pédagogiques. Cet entretien a fait l'objet d'un compte-rendu écrit qu'ils nous ont transmis et que nous publions in extenso :

"En droit, l'article 375 du code civil précise que le juge des enfants peut être saisi par la personne ou le service à qui l'enfant a été confié. Les articles 1183 et 1189 du code de procédure civile précisent que le juge entend "la personne ou le service à qui l'enfant a été confié". Il s'agit naturellement des enfants qui ont été confiés suite à une décision de justice, ou des personnes qui se sont vues confier l'enfant par ses parents dans le cas d'un accueil provisoire de l'ASE. Il peut s'agir enfin de personnes qui auraient recueilli l'enfant sans décision de justice ou sans accord explicite, ni écrit, des détenteurs de l'autorité parentale.

C'est la notion de gardien de fait qui a été consacrée par la jurisprudence comme le confirme l'arrêt du 17/07/85 de la première chambre civile de la cour de cassation.

S'il doit y avoir un gardien juridique de tout enfant mineur, habituellement ses parents, ce même mineur peut être dans les faits gardés par une autre personne que les gardiens de droit. Cette distinction trouve une constante application en matière de responsabilité civile du fait des enfants mineurs.

Ainsi, les assistantes maternelles doivent-elles être considérées comme gardiens de fait des mineurs qu'elles protègent quand bien même ce serait le service qui les emploie qui serait gardien de droit. Elles doivent se voir reconnu leur droit à agir devant le juge des enfants si elles considèrent qu'une mesure de protection doit être prise pour l'enfant qu'elles gardent. Elles doivent être reconnues partie à l'instance dans le procès d'assistance éducative, avec tous les droits que cela implique : droit d'agir, d'être entendu, d'utiliser les voies de recours de l'appel et du pourvoi en cassation.

La pratique judiciaire impose que soit maintenu le principe du contradictoire dans la procédure. Ce principe exige que les personnes qui ont intérêt à l'action soient entendues librement au même titre que toute autre partie. En matière de protection de l'enfance, il est difficile d'imaginer que ceux qui connaissent le mieux l'enfant, ceux à qui on a délégué la charge de les éduquer et de les garder, soient absents du débat. Le juge, de son côté, a un impératif besoin d'entendre, dans la position la plus neutre possible, toutes les personnes qui peuvent émettre un avis autorisé non seulement du fait de leurs compétences techniques, mais aussi du fait de leur profonde connaissance de l'enfant.

Les objectifs pédagogiques militent également en faveur de la reconnaissance de ce qui est un droit. Autant il est important de connaître le mode de relation qui s'est établi entre un enfant et ses parents, autant il est utile de saisir la nature du lien qui s'est créé avec l'assistante maternelle.

Il est fréquent de se voir opposer l'argument selon lequel la présence à l'audience de l'assistante maternelle, au même titre que les parents, est une source de difficultés graves :

- elle placerait sur un pied d'égalité les parents et les assistantes maternelles alors que tout le travail éducatif est orienté vers la compréhension du fait que les parents restent les parents même lorsque leur enfant est placé
- elle aurait pour effet d'aiguiser le conflit inévitable entre parents et assistantes maternelles
- elle mettrait l'enfant dans une position impossible de choix.

Tous ces arguments doivent être pris en compte dans la mesure où ils représentent des dangers réels pour la conduite de l'audience et l'évolution du travail éducatif. Il nous semble cependant qu'ils doivent être relativisés.

D'une part, l'égalité des parties à l'audience est un principe qui fonde l'expression du contradictoire. Ainsi, l'égalité entre les parents et le service à qui l'enfant est confié qui apparaît lors de l'audience pose le même type de difficultés.

D'autre part, le conflit inévitable entre les parents et l'assistante maternelle ne saurait être contenu par le seul fait que l'assistante maternelle n'est pas présente à l'audience. Ce serait faire peu de cas des parents eux-mêmes que de leur prêter la naïveté de croire que l'assistante maternelle n'est pas en rivalité avec eux dès lors qu'elle n'est pas présente à l'audience. Il n'est que de constater la multitude d'occasions de conflits entre parents et assistantes maternelles qui sont rapportés par les parents lors des audiences, en l'absence des assistantes maternelles, pour comprendre combien ces dernières sont un enjeu présent malgré leur absence.

Enfin, l'argument consistant à éviter à l'enfant de choisir nous paraît quelque peu désuet. C'est ce même argument qui a été mis en avant au moment de la loi Malhuret, c'est ce même argument qui fut avancé pour s'opposer à l'audition des mineurs en justice lors des conflits nés entre leurs parents. Il faut faire quelque confiance aux juges qui ont sans doute un peu appris à entendre les enfants, et qui doivent avoir conscience qu'ils ne doivent pas se décharger de leur mission de trancher ces conflits sur l'enfant lui-même.

Il reste certainement des situations particulières qui nécessitent d'entendre les parties séparément : conflits aigus, enfant particulièrement angoissé, parents trop opposants, assistante maternelle possessive à l'excès. Il reste également pour les services à organiser la prise en compte des éventuelles divergences entre l'assistante maternelle et le service lui-même, divergences qui peuvent soulever de réelles difficultés. Mais on voit mal, là encore, comment le fait de taire des divergences qui se présentent permet de mieux les surmonter !

En fait, il est souhaitable que les assistantes maternelles puissent assister aux audiences, avec d'autres personnels des services qui les emploient qui ont naturellement à donner leur appréciation sur la situation."



### 3. A propos de ce débat

Ce débat a pour origine la convocation des assistantes maternelles aux audiences. Il pourrait être élargi à leur présence lors de ces audiences.

Il soulève des questions d'ordre juridique (notion de gardien de fait, application de l'article 375.3 du code civil, assurances...). Il effleure des questions fondamentales relatives à la cohérence du fonctionnement institutionnel et la place des assistantes maternelles, et aux prises de décision (quels professionnels peuvent le mieux apprécier ce qui est bon pour un enfant).

Décisions, de placement ou de fin de placement, vécues comme des abus d'autorité, perçues comme des enlèvements qui font bien trop souvent la seule actualité du placement familial.

Ainsi la question<sup>1</sup> posée par M. André Thien Ah Koon à M. le ministre des Affaires sociales le 15 avril 1996 qui attire "l'attention du ministre sur certaines difficultés soulevées par le placement d'enfants dans des familles d'accueil... L'actualité récente ayant permis de découvrir le cas de deux enfants retirés de leur famille d'accueil contre leur gré, ne serait-il pas opportun de réfléchir à une modification législative concernant la situation de ces enfants impliquant une réflexion sur la prise en compte élargie de l'avis de ces derniers".

Dans sa réponse, le ministre rappelle "que plusieurs dispositions du Code de la famille et de l'aide sociale issues de la loi du 6 juin 1984 ou de la loi du 12 juillet 1992 sur le statut des assistantes maternelles, ont reconnu le droit d'expression de l'enfant, ainsi que celui de l'assistante maternelle, à propos des conditions de séjour du mineur au sein de la famille d'accueil. C'est ainsi que l'article 58 du Code prévoit que le service examine avec le mineur toute décision le concernant et recueille son avis. Ce dispositif est complété par l'intervention de l'assistante maternelle qui, sauf situation d'urgence mettant en cause la sécurité de l'enfant, doit être consultée préalablement sur toute décision prise par la personne morale qui l'emploie concernant le mineur qu'elle accueille."

Des commentaires que l'ANPF a bien voulu faire après avoir pris connaissance du point de vue des magistrats, nous retenons l'intention de mettre en place un groupe de réflexion afin de "travailler entre magistrats, services d'aide sociale à l'enfance et professionnels du placement familial les notions de mandat, de rendu-compte, de responsabilité institutionnelle, de tiers et de questionner ensemble les missions du P.F. et le contenu du mandat".

Tout ceci nous laisse penser qu'il y a sérieusement à se pencher sur le travail social lorsque des affects aussi importants sont mobilisés, et sur les moyens de traiter l'ensemble des dispositifs mis en œuvre et les enjeux qui en découlent...

Le débat reste ouvert.

Nous souhaitons que chacun puisse y contribuer : assistantes maternelles, services, magistrats, mais également usagers du placement familial, enfants et parents. Nous attendons vos commentaires.

1 - question n° 37.559  
J.O., 1996, n° 26 - A.N. (Q), p. 3452  
information publiée par le Journal du Droit des Jeunes, n° 157, septembre 1996

# actualité

## L'ACCUEIL FAMILIAL DES PERSONNES ÂGÉES ET DES ADULTES HANDICAPÉS

**Le dispositif dit d'accueil familial social prévu par la loi du 10 juillet 1989 est un échec.**

Échec dénoncé par l'IGAS en mars 94, et par bien des professionnels de l'action sociale ou par des accueillants qui le constatent tous les jours tant le dispositif prévu par la loi est difficile à mettre en œuvre faute de cohérence ou de précision.

Échec reconnu par l'administration et rendu public par le journal "Le Monde" du 22 août 1996.

Depuis longtemps attendue, une évaluation nationale sous la houlette des pouvoirs publics devrait dresser un état des lieux de l'accueil familial social et des difficultés rencontrées afin de proposer les modifications indispensables.

Rappelons que cette loi relative à "l'accueil par un particulier à son domicile à titre onéreux d'une personne âgée ou handicapée" est davantage une loi de contrôle (dont la mise en œuvre est confiée au département) qu'une loi d'initiative.

Sans jamais mentionner son objet, l'accueil familial, elle définit un cadre peu explicite dont quelques aspects laissent certains départements dans l'expectative ou sont vécus comme des contraintes insupportables par les accueillants.

Le cadre ne précise pas l'organisation des moyens (suivi - formation - contrôle) et ne dit rien de la place de l'accueil familial dans le dispositif médico-social.

Les accueillants doivent être agréés (et pour cela s'engager à assurer la permanence de l'accueil), formés (sans précision) et contrôlés. Ils signent un contrat de droit privé (insuffisant quant à la reconnaissance de leur activité) avec la personne accueillie qui les rémunère.

Selon les départements, en fonction des besoins et des moyens à se saisir de cet ensemble hétéroclite de propositions, s'est instaurée une très grande disparité de rémunération des personnes agréées (qui varie pour des accueils similaires de 1 à 5 - indemnités de congés payés ou en cas d'absence de la personne accueillie) et de condition d'exercice (dispositif adapté de suivi, d'aide et de soutien aux accueillants et aux personnes accueillies).

Les accueillants réclament la reconnaissance de leur activité, l'amélioration de leur statut et une rémunération décente et une politique de partenariat quant à l'accompagnement de leur activité

La loi ne prévoit pas d'autre cadre à l'exercice de cette activité que le contrat liant accueillant et accueilli. Alors que pour toute forme d'accueil familial, aide et soutien aux différents partenaires sont autant indispensables ainsi que la médiatisation de leur relation. Comme il est indispensable de réfléchir aux indications mais surtout aux contre indications d'une prise en charge en accueil familial, question totalement absente de la loi.

Ainsi ce sont organisés des prises en charge de populations dont la lourdeur du handicap ou de la pathologie demande aux familles beaucoup plus qu'une prestation d'accueil et de partage de leur vie familiale. Dans ces situations la coordination avec les institutions médico-sociales fait gravement défaut

De plus, la loi n'a pas toujours corrigé les dérives qu'elle était sensé faire disparaître. Il existe toujours des formes d'accueil à domicile non régulières et parfois aussi scandaleuses que celles que le battage médiatique orchestré en février 1989 (pour faire voter la loi dans la précipitation) avait révélé au public.

**"l'accueil familial** en revue" publie 2 numéros par an.

Destiné à tous les partenaires concernés par la pratique de l'accueil familial, chaque numéro, centré sur un thème, est accompagné de plusieurs rubriques (actualité - réglementations - notes de lecture - glossaire...) que chacun peut alimenter.

**Les informations et les manuscrits sont à envoyer à :**

**IPI "l'accueil familial en revue" - 50 rue Samson - 75013 PARIS.**

Avant publication, les articles sont examinés par le comité de rédaction.

### Thèmes des prochains numéros

- les risques du métier
- l'agrément des accueillants
- la complexité de la "fonction famille d'accueil"
- les écueils de l'accueil
- la formation en accueil familial

## **bulletin d'abonnement**

**"l'accueil familial** en revue"

<input type="checkbox"/>	le numéro 1 (le statut des familles d'accueil)	70 F
<input type="checkbox"/>	le numéro 2 (le soin en accueil familial)	70 F
<input type="checkbox"/>	les 2 premiers numéros	110 F
<input type="checkbox"/>	1 an (2 numéros) - à partir du numéro 3	140 F

NOM et prénom (ou service)

adresse

code postal

VILLE

*bulletin à renvoyer accompagné de votre règlement à l'ordre de IPI à :*  
IPI -50 rue samson - 75013 PARIS