

## **« Il fait partie de la famille ? »... « L'effet famille » dans la dimension thérapeutique**

**Cécile ESPOSITO/BOGHOSSIAN**  
Psychologue AFT  
Centre Hospitalier Edouard Toulouse

Je fais partie de l'équipe de coordination AFT de l'hôpital Edouard Toulouse à Marseille. Nous avons récemment recruté plusieurs familles, et parmi les candidats à l'accueil familial, la question de savoir si le patient allait faire partie de la famille, était souvent posée....

Il est intéressant de voir que tout en posant la question, les familles y apportaient une réponse : « c'est comme si il faisait partie de la famille ».

Le « faire comme si » ne va pas sans rappeler le jeu des enfants où il est question de faire semblant, en pouvant ainsi agir sur le monde. Ce « faire comme si » introduirait donc un espace intermédiaire famille/non famille, entre appartenance et non appartenance, faire partie de la famille ou ne pas faire partie de la famille, une sorte d'aire de jeu winnicottienne, où l'espace deviendrait potentiellement transitionnel...

Dans cet espace, le patient pourrait faire, ou refaire, l'expérience de « faire famille », sans toutefois les mêmes enjeux affectifs, en remettant en jeu des éléments de son histoire, mais aussi son rapport à l'autre, sa manière d'être en relation. Rejouer les choses, non pas pour qu'elles se répètent dans une sorte de compulsion de répétition, mais pour qu'elles puissent y trouver de nouvelles réponses.

J'ai organisé mon propos en deux axes, qui sont l'effet de la représentation de la famille et l'effet du cadre de la famille.

### Effet de la représentation de la famille

Quand on parle d'accueil familial thérapeutique, c'est bien souvent le signifiant famille qui est principalement entendu, au delà du dispositif de soin. Tout intervenant, soignant, soigné ou famille d'accueil est alors renvoyé à son propre rapport à la famille, à ses propres représentations. La famille en tant que première institution sociale est le socle de la construction de la personnalité et de l'identité. Qu'on l'ait connue ou pas, qu'on ait vécu avec ou pas, la famille fait toujours partie de l'histoire de chacun.

On voit que lorsqu'on propose à un patient une famille d'accueil, celui-ci se met à parler de sa propre famille, ce qui parfois relance le travail sans que l'accueil familial n'intervienne... Il peut parfois verbaliser ses craintes ou ses attentes vis à vis de la famille d'accueil, au regard de sa propre histoire familiale.

A ce sujet, un patient nous disait qu'il voulait savoir « ce que cela faisait de vivre en famille », en nous expliquant que contrairement à ses sœurs, il n'avait pas vécu avec ses

parents. Il évoquait la relation « matérielle » que son père entretenait avec lui, pour « compenser l'absence » de celui-ci.

La rencontre avec la famille d'accueil s'est augurée d'ailleurs sous le signe du partage. Quelque chose a été convoqué du côté du même, du « comme moi » comme le dira souvent le monsieur de la famille d'accueil, pour illustrer leurs points communs... Ce rapproché, semblait venir combler le manque (du père ?) énoncé par le patient lorsqu'il évoquait ses attentes vis à vis de l'accueil familial. La rencontre des subjectivités s'opérait si bien, que face au délai pour que l'accueil soit effectif, l'angoisse d'abandon a été réactivée chez le patient, persuadé qu'il n'avait pas été choisi....L'idée de ne pas avoir été le bon patient, pourrait venir rejoindre l'idée de ne pas avoir été le bon enfant ?

De même pour la famille du patient qui peut se sentir soulagée de cette alternative familiale qui vient suppléer une difficulté, ou à l'inverse, qui peut être interpellée du côté de la rivalité, « la famille c'est nous ».

Pour exemple, nous avons fait un projet d'accueil familial pour une jeune femme de 22 ans, avec un long parcours institutionnel, dont la famille originaire de la région parisienne, ne se manifestait pas, si ce n'est sous forme d'apparition-disparition... Pas de visite depuis des années, mais un contact maintenu par des appels téléphoniques irréguliers, laissant souvent cette jeune fille dans la vide des numéros qui n'ont plus d'abonnés, parce que changés sans avoir donné le nouveau....

Le projet d'accueil familial a bien sûr interpellé la famille naturelle du côté du signifiant, auquel elle a répondu par une vigoureuse opposition. Il y a eu beaucoup d'agitation du côté de cette patiente et de sa famille, mais cela a permis d'ouvrir un espace de parole autour de l'absence de cette famille, de la difficulté pour le père à prendre une place, de son regard sur la maladie de sa fille... Le placement a eu lieu, finalement en accord avec la famille naturelle, il s'est arrêté pour d'autres raisons, mais la parole a pu circuler, le travail a continué à partir de cette expérience, et le père est venu voir sa fille, des choses ont pu être évoquées autour de la question d'un rapprochement familial...

Il en est de même pour les équipes soignantes qui initient le projet d'accueil familial. Aux prises avec leurs représentations, elles peuvent formuler des objectifs d'amour et de réparation autant que des craintes de régressions pour les patients concernés. Il s'agit de prendre conscience de ces phénomènes pour objectiver au mieux le projet.

De même, les familles d'accueil, sont concernées par leurs propres représentations de la famille, et ce de manière plus prégnante puisque leurs représentations vont donner un cadre à l'exercice de leur fonction.

On voit donc qu'avant même l'accueil, le signifiant famille vient provoquer une sorte de malentendu, au regard de ce qu'il sollicite de manière très personnelle pour chacun.

Effet du cadre de la famille

En quoi l'accueil familial serait-il thérapeutique ? Comment la famille peut-elle soigner ?

On peut aisément imaginer l'aspect chaleureux, bienveillant de l'accueil familial, l'amélioration des conditions de vie qu'il offre à des patients souvent hospitalisés depuis des années... Toutefois ce n'est pas uniquement en modifiant le contexte de vie, que la personne peut fonctionner autrement...

Les familles d'accueil n'étant pas des soignants - il n'existe d'ailleurs pas de formation pour devenir famille d'accueil – ce sont des mécanismes plus complexes qui sont à l'œuvre pour rendre l'accueil familial thérapeutique.

Les familles d'accueil sont sans formation, mais pas sans bagages ! Elles le sont avec leur propre histoire, leur vécu, leurs affects et leur inconscient.

Accueillir un étranger, qui plus est malade, dans son intimité, avec comme seul outil ce que l'on est, est une forme atypique de relation d'aide. A l'inverse, les professionnels de la relation ont développé toute sorte de techniques pour maintenir une distance, dite professionnelle, entre soi et l'autre-patient, le bureau, la blouse, les théories...

En Accueil Familial Thérapeutique, c'est la rencontre de deux subjectivités, celle de la famille et celle du patient qui peut être générateur de processus de changement. L'accompagnement de cette rencontre, tant du côté des patients que des familles, permettra de penser l'intersubjectivité et élaborer les processus à l'œuvre, rendant par là même l'accueil thérapeutique.

Les familles d'accueil agissent avec ce qu'elles sont. Nous sommes souvent témoin de leur capacité à gérer des situations parfois très complexes, en se créant un savoir faire, une pratique sur mesure. Elles donnent du sens aux événements, en dehors de toute formation ou savoir.

Pierre SANS propose une extension du concept de Winnicott de « préoccupation maternelle primaire », au processus à l'œuvre dans l'accueil familial. Il parle de « préoccupation soignante primordiale » pour expliquer cette capacité de l'accueillant à s'ajuster aux besoins du patient, à sentir la demande de soin. Les effets de la rencontre reposent sur un « socle maternel et maternant inconscient » préexistant, dont on peut faire l'hypothèse qu'il est réactivé par la mise en situation familiale et le rapproché subjectif patient-accueillant.

Outre ces « savoirs profanes » qui permettent aux familles d'accueil de rencontrer la psychose, finalement assez simplement, sans y avoir été formées, un deuxième processus pourrait venir expliquer le thérapeutique du placement familial.

A partir de la théorie des groupes, Pierre SANS fait l'hypothèse que la famille, fonctionnant comme un groupe, qui plus est un groupe élargi, puisque contenant un sujet « placé », disposerait d'un appareil psychique groupal où les inconscients individuels formeraient la réalité psychique du groupe.

Alberto VELASCO décrit également les effets de la rencontre des univers psychiques différents que sont ceux de la famille d'accueil et du patient.

Il propose le concept « d'offre-intention inconsciente » faite au patient par la famille d'accueil. Cette offre-intention inconsciente serait constituée par les idées que se fait la

famille de sa fonction d'accueil et de la maladie mentale, ces représentations relevant elles mêmes du roman familial, donc de processus inconscients.

Dès lors le patient, dans un mécanisme d'identification peut suivre l'intention inconsciente offerte par la famille ou s'y opposer en se distanciant du quotidien. L'accompagnement du patient dans cette réponse qu'il fait à l'offre-intention inconsciente de la famille, peut lui donner accès à un processus d'élaboration, modifiant son rapport à l'autre, et au monde.

A partir de ce détour théorique je vais vous parler de Rolande et de sa rencontre avec la famille d'accueil....

Rolande est une patiente de 54 ans. Peu soignée, elle a l'allure d'une vieille dame. Elle ne quitte pas le pavillon par peur de tomber à l'extérieur. Elle est hospitalisée depuis plusieurs années.

Si elle apparaît apaisée et bien intégrée dans le service, il est très difficile pour Rolande de revenir sur sa vie ou de parler de son avenir. Sans passé, ni futur, elle semble posée là, comme si le temps s'était arrêté....

Rolande est pourtant mère et grand-mère. Malgré ses appels à sa famille, elle n'a pas de visite. Rolande attend et s'efforce d'expliquer l'absence de sa famille par des banalités. Il n'est pas possible d'aborder les relations familiales, tous les affects semblent réprimés par une impossibilité à penser.

C'est dans ce contexte que nous faisons un projet d'accueil familial thérapeutique, comptant sur « l'effet famille » et sur la dimension affective et sécurisante, dont Rolande est toujours en quête...

D'abord réticente, c'est la représentation que s'est construite Rolande de la famille d'accueil qui a eu un effet sur sa décision d'envisager ce projet. L'identification à l'image d'un couple de jeunes retraités, grands-parents de surcroît, semble avoir fait échos de manière inconsciente, à cette place de grand-mère qui lui était difficile à prendre dans sa propre famille. L'idée du même, du familier, a pu faire baisser les défenses et ouvrir un accès vers sa subjectivité.

Rolande accepte de rencontrer la famille pressentie pour son accueil. Nous assistons alors, tels des spectateurs, à une mise en scène, ou une mise en acte de la problématique de la patiente.

La scène se co-construit en temps réel, dans la dynamique de l'échange avec la famille d'accueil.

Rolande se raconte dans une dimension valorisée, elle se place en miroir de la situation familiale des accueillants, elle sollicite quelque chose de l'ordre du « même », leurs points communs, et tous se présentent en parlant des enfants, et petits enfants... elle a de l'humour, elle est volontaire, le tableau est totalement différent de ce qu'elle montre à l'hôpital, elle n'est presque plus malade ! D'ailleurs, elle dira que ce sont « les autres, ceux de l'hôpital qui sont fous »... La situation est presque trop idéale.

Au delà de ce que nous montre Rolande, nous assistons, à un coup de foudre mutuel famille-patiente. La famille d'accueil est séduite par cette patiente telle qu'elle l'avait imaginée, et dont elle verbalise qu'elle « correspond si bien à ses attentes », attentes notamment concernant la maladie, qui ne soit pas trop expressive, ni du côté dépressif, ni de côté de l'agitation...

La famille est rassurée par une patiente, dont la maladie est minimisée et laisse ainsi la place à l'image de la grand-mère dynamique. De son côté, Rolande se rassure au contact de cette famille prête à l'accueillir et satisfaite de l'image qu'elle donne d'elle même.

En filigrane la question du manque traverse les interactions. Là où la famille offre un cadre qui, de manière inconsciente, vient lui permettre de poursuivre la dimension familiale malgré le départ de leurs enfants (argument qui fait partie de leur motivation), Rolande y répond en comblant ce manque, qui comble à son tour le sien, l'absence de sa famille....

La rencontre s'opère donc dans une adéquation totale des attentes inconscientes de chacun.

Le groupe se construit avec l'illusion que tout est parfait, le mauvais ; c'est-à-dire la maladie, étant évacué à l'extérieur....

C'est le retour à l'hôpital qui brise l'illusion groupale.

Confrontée à la réalité de sa situation, à la maladie, Rolande demande avec insistance à partir le plus vite possible, il y a urgence pour elle à quitter rapidement l'hôpital. Elle argumente « ce n'est pas ma place »...

Elle décompense en quelques jours un état maniaque, qui durera plusieurs mois.

Cette rencontre avec la famille d'accueil, est venue mettre en acte ce que Rolande ne pouvait pas dire. C'est seulement au regard du bouleversement psychique que cela a provoqué et dans l'après coup que les choses ont pu s'élaborer.

La question de la place de Rolande est au centre de sa problématique. Elle a pu s'actualiser et se conflictualiser, en miroir de la place offerte par la famille et verbalisée telle quelle : « tu auras ta place avec nous... »

La question de la maladie, évacuée de cette rencontre « familiale », par le jeu des échanges, a pu être élaboré dans l'après coup, comme un élément permettant à Rolande de se préserver de la culpabilité.

Elle a pu évoquer au cours du travail de thérapie qui a suivi, cette place auprès de ses propres enfants, qu'elle n'avait pas pu prendre, la culpabilité face à leur placement, face à la maladie par laquelle elle s'est sentie discréditée dans son rôle de mère, cette place de grand-mère qu'on ne lui laissait pas.

L'accueil familial de Rolande n'a pas pu se faire, mais il a permis d'ouvrir une porte vers la subjectivité de la patiente, d'amorcer un travail sur le passé qui lui a permis de faire un autre projet de vie d'une part et d'autre part, de renouer des liens et des visites avec sa famille, où des choses de leur histoire ont pu se parler...

Alors, adopter ou pas, le patient fait-il partie de la famille ?

La réponse est peut-être oui et non.... C'est, dans et grâce, à cet entre deux que quelque chose d'un changement peut advenir.

La rencontre des subjectivités crée un espace subjectif groupal où les choses véritablement se jouent, au sens de WINNICOTT, avec l'idée d'un espace de création relationnel. L'accompagnement de ces expériences peut produire des effets de changement et permettre au patient de modifier sa position subjective face au monde.

La richesse de l'accueil familial tient peut-être à la richesse de ces rencontres humaines, créant une multitude de possibilités pour que la rencontre opère et que quelque chose s'exprime... A charge pour les équipes soignantes d'être attentives aux processus inconscients à l'œuvre, pour accompagner au mieux les familles et les patients.

#### **BIBLIOGRAPHIE :**

ANZIEU, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod.

BARREAU, P., DUPUY, O., GADEYNE, B., GARNIER, B., VELASCO, A. *L'accueil familial thérapeutique pour adulte. Des familles qui soignent ?* (2012). Paris : Lavoisier.

KAËS, R. (1999). *Les théories psychanalytiques de groupe*. Paris : PUF

SANS, P. (1997). *Le placement familial. Ses secrets et ses paradoxes*. Paris : L'Harmattan.

WINNICOTT, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot

WINNICOTT, D.W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard