

Vision systémique de l'AFT et de ses liens avec l'approche institutionnelle et l'approche communautaire

Dr Francine SPITZ,

**Service AFT du Centre
Hospitalier Alpes Isère**

1. Introduction :

Ce travail est une réflexion sur « l'ici et maintenant » de l'Accueil Familial Thérapeutique au sein de nos hôpitaux psychiatriques, de ses liens avec le passé et l'histoire avec l'idée d'une filiation au sein de la psychiatrie publique, qui ne peut pas être déconnectée de l'évolution de la société.

L'Accueil Familial Thérapeutique est un service de soin très atypique : il s'agit de soigner autrement, de disposer de « lits » dans la cité, d'intégrer un professionnel non-soignant au plus près d'un malade relevant pourtant d'une spécialité médicale complexe qu'est la psychiatrie, de demander à une famille de vivre avec un hôte « différent », de demander aux infirmières de laisser leur blouse blanche à l'hôpital pour aller autour d'un café dans la cuisine ou le salon d'une maison familiale discuter du quotidien de leur patient, de ses progrès et de ses difficultés avec le maître ou la maîtresse de maison qu'on appelle aussi accueillant familial.

Au fil des mois, le patient change, il nous dit que « les choses ne sont plus comme avant » et nous constatons en plus qu'il fait évoluer nos représentations sur la maladie psychique et ses conséquences...

Tout cela paraît bien éloigné du soin classique mais il semble pourtant qu'il pourrait y avoir quelques liens avec un courant historique de la psychiatrie mais également avec des pratiques transculturelles mobilisant des groupes sociaux au service de l'individu.

Mr Jourdain faisait de la prose sans le savoir. Nos accueillants familiaux et nos équipes AFT auraient-ils à leur insu ou dans leur inconscient des ascendants illustres ? Il faut pour le vérifier remonter le temps, repartir dans le passé... Toute ressemblance avec des pratiques existant ou ayant existé ne saurait être que simple coïncidence ?

2. Que savons-nous la psychothérapie institutionnelle : (sources P. DELION et J. OURY)

L'Accueil Familial Thérapeutique, un monde à part ?

Le courant mythique qu'a été la psychothérapie institutionnelle serait difficile à résumer. Pour ceux qui sont peu familiers de l'évolution des hôpitaux psychiatriques, on peut retenir que dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle, quelques psychiatres (qui ont fait des émules) ont théorisé et pratiqué avec enthousiasme dans des lieux ouverts sur l'importance, à côté des traitements médicamenteux et de la psychothérapie individuelle, des activités, du dialogue avec les malades psychotiques avec une compréhension de leur monde interne, de l'ouverture vers le monde extérieur, de la place de l'esthétique, du corporel, etc...

Cela a été une expérimentation novatrice dans les asiles. Elle a connu son apogée dans années 60-70 avec des prémises dès les années 30 et son développement après la guerre 39-45. : L'observation du malade dans une ambiance particulière qui le met en situation d'être plus qu'une personne souffrante et diminuée.

Ces soignants ont tenté de ré-humaniser l'hôpital psychiatrique en commençant par détacher les malades, en déverrouillant les portes, en introduisant la sociothérapie pour diversifier les activités des patients. Ils ont fait cela à partir du constat que la psychose produit par elle-même de la déliaison, du repli, de l'enfermement psychique avec un risque d'enkystement intrafamilial ou hospitalier ou alors d'errance et de grande précarité sociale.

Il existe aussi un risque de domination dans les relations en institution. L'institution n'est pas ici considérée en tant que bâtiment mais comme une organisation au sein d'un groupe constitué de règles de vie en commun impliquant de la cohésion entre les soignants. L'ambition est celle d'une institution à la fois souple et solide.

Pour Pierre DELION : le transfert psychotique existe, les mouvements affectifs qui se créent entre les patients et l'entourage soignant sont reconnus et considérés comme thérapeutiques. Il faut miser sur l'importance de la Rencontre, car des relations de qualité améliorent la vie psychique et diminuent les angoisses, on a parlé de « constellation transférentielle autour du patient », de la relation comme un « abri psychique ».

Tout cela est complémentaire aux traitements médicamenteux et à la psychothérapie individuelle.

Quelques principes de la psychothérapie institutionnelle (que l'on retrouve pour certains en AFT) :

- La liberté de circulation
- L'importance du groupe, la prise en compte et la valorisation des relations soignants-soignés en termes de rapprochements, on est passé des groupes de malades vers des groupes soignants-soignés.
- L'importance de l'ambiance et du dialogue, on sait que des relations de qualité améliorent la vie psychique des patients et diminuent leurs angoisses
- La contractualisation de soins avec le patient

L'Accueil Familial Thérapeutique, un monde à part ?

- La compréhension du fonctionnement psychique du patient d'où l'importance de la formation des soignants (des accueillants familiaux).
- Les activités artistiques, socialisantes, le travail parfois
- Il faut tenir compte de la vie quotidienne et y faire participer les patients
- Les soignants doivent apprendre à changer leur regard sur les malades

Un paradoxe de la thérapie institutionnelle fut que l'intégration des malades dans des activités autres que le soin était thérapeutique (comme l'intégration d'un patient dans un cadre familial en AFT), un autre était la responsabilisation de personnes en situation de vulnérabilité.

Il y avait un va-et-vient entre une théorie (la mise en péril de la relation à l'autre dans les psychoses) et une pratique expérimentale et créative, avec les outils de la compréhension que sont les formations des soignants, les réunions cliniques non opposables à l'intuition et l'observation du contact : une addition de la nutrition théorique et de l'appétit du lien y compris son aspect indigeste, qu'est le conflit (P. DELION)

Alors ces pionniers de la psychothérapie institutionnelle, « que reste-t-il de leurs amours ? » de l'humanisation des lieux de soin, de leur fascination pour la liberté et la créativité des malades mentaux, leurs idéaux de l'intégration et du vivre ensemble...

Les traitements ont évolué et ont permis de modifier le pronostic des maladies mentales comme la schizophrénie et le trouble bipolaire. Les hôpitaux psychiatriques se sont recentrés sur la gestion de la crise c'est à dire des phases aiguës (entrée dans la maladie et rechutes). Même s'il en reste quelques-uns qui sont trop fragiles pour cela, de nombreux patients sont pris en charge en ambulatoire dès que possible. Il existe dans le médico-social, des foyers de vie pour les patients qui ne peuvent pas vivre seuls.

Il reste heureusement quelques cliniques psychiatriques en France qui font vivre la psychothérapie institutionnelle comme la clinique de La Borde où nous pouvons adresser certains de nos patients...

Les savoirs et les idéaux ont été il faut l'espérer, transférés avec les patients sur les CMP, les CATTP, les hôpitaux de jour, ... et me semble-t-il les services d'AFT.

3. Les approches communautaires :

Dans l'approche communautaire qui dépasse largement le seul champ de la psychiatrie, la proposition qui est faite est de mobiliser des ressources au sein d'un collectif en situation de difficulté. L'idée est de s'intéresser aux problèmes communs à plusieurs personnes dans un groupe constitué.

L'Accueil Familial Thérapeutique, un monde à part ?

Le pionnier de la thérapie communautaire est Adalberto Barreto, professeur de psychiatrie et d'ethnopsychiatrie au Brésil.

Il me semble qu'on pourrait considérer cette pratique comme le pendant de la précédente à l'extérieur des institutions, avec une inscription forte dans la vie sociale.

Adalberto Barreto (co-auteur de l'Indien qui est en moi, itinéraire d'un psychiatre brésilien) parle de « l'importance de l'organisation solidaire du collectif comme soutien essentiel de l'homme ».

Il a mis en place des groupes de thérapie communautaire dans des quartiers pauvres (favelas) au Brésil. Il raconte dans son livre ces séances et il a exporté ce modèle dans des conférences à l'étranger. Au Brésil, la séance après l'exposé du problème et la discussion collective d'où émergent une ou des propositions se termine par une chanson où les participants se donnent la main. Il peut y avoir utilisation de dictons ou de prières.

Cela existe également en Afrique autour de « l'arbre à palabres », cela se pratique en France également à l'initiative de travailleurs sociaux.

Il s'agit de créer un échange de savoir : savoir académique (par exemple celui d'un psychiatre) et savoir populaire, pour créer une conscience de liberté (apport des intellectuels latino-américains à partir des années 60 en réaction au totalitarisme). L'accent est mis sur l'importance de la communication verbale et non verbale, l'expérience des participants, la bienveillance du groupe envers les personnes qui le composent.

Dans l'approche systémique, la compétence des personnes en difficulté est un principe fondamental, les thérapeutes sont des activateurs de processus et non des « réparateurs ». Ce principe est à l'œuvre dans la thérapie communautaire.

De nombreux exemples existent d'hier ou d'aujourd'hui.

Les groupes de pairs appliquent ces principes : les plus anciens sont probablement ceux des « anciens alcooliques » aux USA comme en Europe.

Actuellement, certains modèles sociaux dans le même esprit, visent à mobiliser la solidarité au sein des communautés au service de l'individu. Par exemple, les femmes battues, les GEM (groupes d'entraide mutuelle) avec une organisation associative des personnes suivies en psychiatrie.

La communauté psychiatrique est ainsi encouragée à pratiquer le décroisement et à aller à la rencontre des autres savoirs et savoir-faires, le développement de réseaux y participe, par exemple la mise en place de CLSM : Conseils Locaux en Santé Mentale avec partages de savoirs autour de difficultés rencontrées par des professionnels très diversifiés (incluant de travailleurs sociaux, la police, les bailleurs sociaux, le milieu scolaire...)

4. Mythes et rituels en Accueil Familial Thérapeutique :

Et si ces grands principes et ces expériences étaient à l'œuvre au sein de nos pratiques en AFT : serions-nous des héritiers en même temps que des promoteurs du mieux-vivre hors de l'hôpital psychiatrique avec des troubles psychiques ?

Les systémiciens distinguent dans un groupe familial (ou tout autre groupe d'appartenance par extension) le niveau mythique qui renvoie aux valeurs partagées et le niveau phénoménologique qui s'exprime par exemple par les rituels.

Dès le début d'un AFT, se constitue un groupe de personnes autour du patient ou de la patiente : son équipe soignante, l'équipe AFT, l'accueillant (e) familial (e) et son éventuel conjoint, la famille du patient, éventuellement son curateur ou tuteur. Il y a même des sous-groupes.

Une procédure codifiée va nous permettre de faire connaissance en plusieurs étapes et de créer des liens entre les membres de ce groupe, comme il y aura lors du bilan final, une dissolution du groupe avec des adieux souvent chaleureux voire émouvants.

Robert Neuburger dit que l'appartenance, c'est ce qui sublime la relation, il y a un partage de valeurs, de croyances, de buts, d'intérêts, cela crée une communauté réelle et/ou psychologique avec une solidarité et une loyauté entre ses membres.

Cela peut s'appliquer pour chacun de nous, dans notre famille, dans notre groupe professionnel, à un groupe amical...

Concernant le sous-groupe accueilli-accueillant :

Lors de l'arrivée du patient en famille d'accueil, il y a de l'intimité du quotidien partagé et des confidences qui se rajoutent mais aussi du partage d'informations avec les autres membres du groupe.

On observe que le patient accueilli est véritablement « intégré » dans la famille d'accueil : cela s'exprime par des rituels spécifiques (cadeau d'anniversaire, vacances partagées, contacts gardés après l'accueil...)

La question des liens familiaux est soulevée au fil du temps avec des phénomènes de résonance pour le patient accueilli entre sa famille d'accueil et sa famille d'origine : on assiste parfois à des reprises de contact ou du renforcement de liens, on a aussi vu de l'aide à la régulation ou de la guidance parentale de la part des accueillants familiaux.

Ces actions ne sont ni prescrites ni attendues mais nous constatons que les soignants les respectent et le soutiennent. Cela fait partie de la part d'autonomie des accueillants familiaux

L'Accueil Familial Thérapeutique, un monde à part ?

dans leur accompagnement. Elle s'exerce dans le domaine des relations mais aussi de la réinsertion sociale voire socioprofessionnelle. Notre équipe AFT encourage cette autonomie et l'expertise des accueillants familiaux qui s'exprime lors des bilans et nourrit la construction du projet du patient avec son équipe de soins.

Le déroulement des bilans (ou synthèses) suit un rituel où chacun s'exprime et où on décide ensemble de la suite, cela se rapproche beaucoup de l'approche communautaire.

En dehors même des bilans, il y a souvent des recherches de solutions par la famille mais aussi ses proches, ses voisins, toute une communauté.

J'ai pris l'habitude de rappeler que « cela prend parfois tout un village pour faire avancer un l'AFT... ». Il y a la patronne du café, les gars du club de rugby, les dames de la gym, le beau-frère Bruno qui a besoin d'un coup de main pour son jardin, les voisins compréhensifs mais musclés qui ceinturèrent un accueilli en crise en attendant les pompiers et quelques autres qui sans façon et sans être auvergnats mériteraient bien une chanson...

Les observations nombreuses de cette solidarité posent la question de savoir si elle est spécifique du milieu rural où habitent la majorité de nos accueillants, avec persistance d'une vie communautaire qui serait moins prégnante en milieu urbain ?

Les personnes en difficulté se sentent souvent disqualifiées et on voit bien qu'elles reprennent plus vite confiance en eux au contact de personnes qui ne mettent pas l'accent sur leurs symptômes, les accueillants ont un avantage sur les soignants sur ce point. Ils mettent le doigt sur une des limites de l'institution soignante.

En guise d'hypothèse sur la relation qui se noue pour le patient installé en famille d'accueil (souvent vulnérable aux assises affectives fragiles) et ce qui la différencie d'une relation thérapeutique, je vous propose un cocktail :

1/3 de « nourrissage » (relation de type nourricier)

1/3 d'identification (qui va permettre d'expérimenter en prenant modèle)

1/3 de rivalité gémellaire (avec toute la place de l'ambivalence)

et souvent un zeste d'affection

Les valeurs portées par cette relation sont la transmission, le partage, la bienveillance, le droit à la différence...

Cela permet à certains patients en situation de manque et de perte dans ce domaine de retrouver ce que Robert Neuberger appelle « une dignité d'appartenance » et cela nourrit par ailleurs l'idéal de réparation souvent présent chez les accueillants familiaux (et chez les soignants aussi !)

5. Conclusion :

Dans ce patchwork d'approches théoriques et de pratiques parfois anciennes mais toujours vivaces, les équipes d'AFT et les accueillants familiaux que nous sommes ont certainement puisé de l'inspiration et du sens.

Les soignants ont bénéficié de la transmission par leurs aînés des valeurs de la psychothérapie institutionnelle et les accueillants familiaux par leur engagement et leur ouverture pratiquent l'approche communautaire.

Les accueillants familiaux ne sont pas des soignants, heureusement pour les personnes accueillies qui rêvent de prendre de la distance avec l'hôpital mais ils co-construisent le processus de mieux être qui justifie le T comme thérapeutique d'AFT

En plus de tous les qualificatifs employés, je vous en propose deux de plus en guise de synthèse et pour réinscrire nos AFT dans le service public de santé : l'Accueil Familial Thérapeutique s'inscrit dans une psychiatrie humaniste et intégrative.

Références bibliographiques :

Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Jean OURY 1977

Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie. Mony ELKAÏM 1989

La compétence des familles Guy AUSLOOS 1996

L'Indien qui est en moi. Itinéraire d'un psychiatre brésilien. Jean-Pierre BOYER et Adalberto BARRETO 1996

Relations et appartenances (article dans Thérapie Familiale vol 24 N°2, 2003) Robert NEUBURGER 2003

Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle. Pierre DELION 2006