

Dr Vanghélis Anastassiou\*, Mme Aurélia Croizer\*\*, Mme Agnès Guillet de la Brosse\*\*, Dr Philippe Carre\*\*\*, Mme Michèle Bertozzi-Knecht\*\*\*\*

\* Psychiatre, Chef de service de médecine, alcoologie, addictologie, Centre hospitalier des Quatre Villes (CH4V), 141, Grande Rue, F-92318 Sèvres. Courriel : va@anastassiou.fr

\*\* Psychologue clinicienne, \*\*\* Addictologue attaché, \*\*\*\* Cadre administratif, CSAPA du CH4V-AFT, Boulogne-Billancourt, France  
Reçu janvier 2013, accepté décembre 2013

# Un dispositif d'accueil familial thérapeutique en alcoologie

## Historique et modalités

### Résumé

Nous exposons l'histoire de la transition de l'accueil familial pour adultes vers une structure d'hébergement médico-sociale assurant un accueil familial thérapeutique pour des patients alcoolo-dépendants. Nous pointons le contexte historique de la mise en place de ce dispositif expérimental. Pour transposer l'accueil familial thérapeutique au champ de l'alcoologie et l'addictologie, nous avons inscrit des objectifs dans une charte de qualité des soins et organisé l'équipe soignante en conséquence, le contexte thérapeutique de l'accueil tenant symboliquement lieu d'institution. Nous présentons l'esprit du recrutement et la gestion du "pool" des familles d'accueil, ainsi que les problématiques de l'accompagnement et la ré-insertion sociale mis en place.

### Mots-clés

Accueil familial – Alcoologie – Hébergement thérapeutique.

L'accueil familial thérapeutique (AFT ; en anglais : *foster-care*) est une pratique thérapeutique, en psychiatrie, très répandue en Europe, surtout en terre francophone (France et Wallonie) depuis le Moyen-Âge. Il concernait, pendant des siècles, des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères, déficitaires et des enfants maltraités ou orphelins.

### Historique de l'accueil familial pour les adultes

Le "fostering" des sociétés matriarcales traditionnelles (Europe ancienne, Afrique, Inde, Océanie, Haïti...) est

### Summary

#### Implementing therapeutic foster care for alcoholics through a medical and social accommodation structure

We expose the way foster care for adults could evolve into a medical and social accommodation structure including therapeutic foster care for dependent alcoholic patients. After a historical reminder, we see how therapeutic foster care was transposed to the alcohol field. Then, we expose how we set goals for a charter for quality in patients' care and how we created a therapeutic context through our team functioning. We present how we recruited, support and manage host families and explain the way we operate to implement patients' social support and rehabilitation.

### Key words

Foster care – Alcoholism – Therapeutic context and accommodation.

un mode d'éducation des jeunes garçons, un rituel de passage entre l'enfance et le statut d'adulte. Après avoir passé leur enfance auprès de leur mère, ces jeunes garçons voient leur éducation confiée à l'oncle maternel vers l'âge de sept ans. On identifie donc à travers ce concept de "fostering" une notion de "placement" familial. Nous retrouvons dans l'histoire des exemples où l'accueil familial est un contexte et un moyen de maturation, de support des rites de passage et une façon de promouvoir l'autonomisation via la séparation et re-contextualisation d'une personne (1). C'est à travers la légende de Dymphne (2, 3) que l'on trouve les origines de l'accueil familial thérapeutique pour adultes. Au VII<sup>ème</sup> siècle, la fille d'un roi Irlandais se réfugia à Geel, en Belgique, pour échapper

à son père qui souhaitait l'épouser. Le roi la retrouva et la décapita de ses propres mains. L'histoire raconte, avec une empreinte plus ou moins fantasmagique, qu'un malade assista à la scène et retrouva subitement la raison. Dymphne devint alors la Sainte patronne des aliénés. De ce fait, chaque année, les familles confiaient leur malade aux habitants de Geel, en vue d'un pèlerinage et dans l'espoir d'une guérison.

Depuis lors, les contextes pour lesquelles un séjour en famille d'accueil était opportun se sont diversifiés et multipliés. Les familles d'accueil étaient alors constituées de particuliers isolés qui se proposaient pour répondre à l'augmentation des besoins d'accueil. Cependant, les réponses apportées ne correspondaient pas toujours aux besoins spécifiques des accueillis, majoritairement des adultes psychiquement ou physiquement non autonomes. Les accueils "hors contrôle", informels sont restés longtemps méconnus jusqu'à ce qu'ils soient institutionnalisés par les établissements de soins psychiatriques. Les familles d'accueil devenaient donc une alternative à "l'enfermement" des personnes inadaptées ou permettaient d'éviter l'isolement des patients délaissés ou présentant un comportement inapproprié ; cette solution se présentait comme une alternative moins coûteuse que l'hospitalisation (3-5). C'est dans les années 1980 (1), en France, que l'on voit apparaître une nette augmentation des demandes d'accueil en famille du fait de la diminution drastique de places dans les établissements de soins spécialisés, mais également pour trois autres raisons (6) : la nécessité d'une budgétisation plus rationnelle des soins, les progrès en soins psychiatriques ambulatoires et l'impératif de désinstitutionnalisation et de resocialisation des patients. Ce sont des patients psychiatriques chroniques, déficitaires ou psychotiques, institutionnalisés depuis longtemps, qui sont d'abord concernés.

## La problématique de la transposition de l'AFT en addictologie

Dans un premier temps, les conduites addictives ont été considérées comme une contre-indication à l'AFT ; les familles d'accueil n'étaient pas censées pouvoir contenir les "pulsions" addictives et (auto-/hétéro-)agressives, ni les comportements "asociaux" des patients. Il y aurait lieu, par ailleurs, de craindre une "contamination" de la famille par ces patients aux conduites addictives, marginaux et souvent atteints de maladies infectieuses graves : risque de désorganisation de la famille, violences, sévices, con-

duites immorales, propagation de pathologies infectieuses (tuberculose, sida, hépatites, maladies sexuellement transmissibles). Puis, les intervenants en toxicomanie ont tenté l'expérience avec un indéniable succès malgré des moyens financiers extrêmement limités (7, 8).

D'après le rapport "Évaluation du dispositif "Familles d'accueil" pour toxicomanes" de juillet 2001 établi par Cemka-Eval et GPS Conseil à la demande de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (9), le réseau de familles d'accueil en toxicomanie le plus ancien date de 1976. En 2001, on retrouve 25 réseaux d'accueil familial thérapeutique pour toxicomanes et une grande diversité entre eux quant à leur nombre de places d'accueil, leur fonctionnement, leur coût et leur comptabilité. Ce rapport de 194 pages tente d'évaluer ces réseaux en se centrant sur certains points tels que leurs objectifs, leur fonctionnement, leurs modalités de recrutement et de suivi des familles d'accueil, etc.

Dans ses conclusions le rapport confirme la pertinence de ce mode de prise en charge mais il souligne qu'en 2001 l'AFT reste une stratégie thérapeutique marginale aussi bien par rapport au nombre de bénéficiaires qu'au coût financier. Pour faire évoluer le dispositif, le rapport préconise d'une part le développement des réseaux à la prise en charge de publics dépendants d'autres substances, et d'autre part la professionnalisation des familles d'accueil ce qui impliquerait de revoir les modalités de recrutement des familles d'accueil, les modalités de leur formation, leur statut professionnel et le mode de leur rémunération. Le rapport fait remarquer que ce dernier point générerait une augmentation du coût de la prise en charge mais aurait l'avantage de pérenniser, voire de développer le nombre de familles d'accueil. Tenant compte de la taille marginale du dispositif en 2001 et de la grande diversité des pratiques, le rapport de l'OFDT finit par préconiser une charte de qualité et un système de monitoring au niveau stratégique et au niveau opérationnel.

Les dispositifs d'accueil familiaux s'étaient donc développés en laissant place à des dérives du fait d'un manque de régulation et de monitoring (10), bien que dès le 10 juillet 1989 le législateur ait encadré cette activité. Aujourd'hui, l'accueil familial thérapeutique propose une prise en charge organisée ; "*l'arrêté du 18/08/93 définit l'accueil en famille comme partie intégrante du projet thérapeutique d'ensemble du centre de soin et comme moyen orienté sur l'accès à l'autonomie*" (9).

## Le concept de l'AFT en addictologie

La démarche d'un séjour en famille d'accueil thérapeutique consiste à proposer un hébergement individualisé favorisant un temps de rupture, s'inscrivant comme une étape dans un parcours de soin des patients alcooliques et toxicomanes ; ce temps de séjour/rupture pour le patient est aussi un temps d'accompagnement intensif effectué par la famille qui l'accueille et par une équipe de professionnels, spécifiquement dédiés à cette pratique. En effet, ces patients sont pris, depuis longtemps, dans le court-circuit addictif, répétitif, les isolant progressivement de tout contexte relationnel et appauvrissant leur fonctionnement psychique et le vidant de tout sens ; y opérer une rupture prolongeant le moment de la cure de désintoxication semble essentiel. Il s'agit, bien entendu, d'une rupture d'avec l'ancien mode de vie ; des interactions relationnelles d'un nouvel ordre viendront s'y loger.

L'état des lieux en 2001, fait dans le rapport de l'OFDT, met en évidence :

- le potentiel des réseaux à s'adapter à la multiplicité des cas,
- leur possibilité d'offrir une rupture dans le parcours complexe et stigmatisé des patients,
- le cadre spécifique c'est-à-dire la confrontation du patient à des tâches du quotidien, des horaires, etc., qui permet au patient de retrouver un rythme de vie "normal". De plus, la famille d'accueil, de part sa présence, contribue à reconstruire des liens sociétaux (interpersonnels) et sociaux.

L'expérience de la pratique de l'accueil familial en psychiatrie (6, 11, 12) nous a montré que la prise en charge globale des patients en AFT a des effets psychothérapeutiques en sus des effets sociothérapeutiques cités plus haut (adaptation à un contexte de vie "normale" et acquisition ou réappropriation de nouvelles compétences sociales). Le séjour thérapeutique est un processus contenant (au sens donné par Winnicott) ayant comme objectif l'individuation chez des personnes souffrant le plus souvent de troubles d'attachement et/ou d'identité. L'AFT favorise, en outre, l'observation des traitements médicaux spécifiques et la création d'un réseau social, préambule à une réinsertion socioprofessionnelle. Cet objectif thérapeutique est complexe : le sevrage addictologique doit se faire simultanément avec le sevrage de leur contexte de vie ; un espace transitionnel est alors nécessaire, le temps d'acquérir les compétences sociales et relationnelles. Les représentants de la DGS et de la MILDT (9) reconnaissent effectivement dans l'arrêt

de 1993 une fonction de réintégration sociale de l'accueil familial. La plupart des bénéficiaires ont, à l'issue du séjour thérapeutique, des perspectives d'insertion professionnelle et/ou de logement à court ou moyen terme. Néanmoins, lorsque les moyens financiers et l'accompagnement institutionnel font défaut, l'intérêt de l'initiative reste limité bien qu'elle soit globalement moins onéreuse que d'autres formes d'hébergement thérapeutique médico-social (8, 9, 11, 17).

Le rapport de l'OFDT indique que, malgré l'intérêt évident des séjours en famille d'accueil, les réseaux ont un taux de fonctionnement plutôt faible (9). Trois hypothèses sont avancées :

- méconnaissance des possibilités thérapeutiques via les réseaux d'accueil familial,
- insuffisante intégration des centres de rattachement des AFT à d'autres réseaux,
- absence de personnel spécifiquement dédié à cette pratique. Or, il existe une relation, dans un rapport croissant, entre effectif du personnel spécifique et nombre des journées d'accueil (9).

## La mise en place de la structure RAFTA

### *Rappel du contexte et des débuts du RAFTA*

Au milieu des années 1990, l'idée d'un Réseau d'accueil familial thérapeutique pour patients alcooliques (RAFTA) a germé au sein de l'équipe soignante de l'alcoologie clodoaldienne, mais ce n'est qu'en 2007 que nous avons pu disposer d'un financement décent pour sa réalisation. Dans la version définitive, le projet RAFTA s'est donné les objectifs suivants :

- éviter toute institutionnalisation du patient et donc s'orienter vers des séjours relativement courts ;
- associer aux objectifs psychothérapeutiques et sociothérapeutiques l'insertion socioprofessionnelle ;
- intégrer le discours des groupes néphalistes d'entraide et promouvoir le tutorat des accueillis par des alcooliques rétablis ;
- établir un suivi dense en effectuant des visites à domicile fréquentes ;
- respecter le salariat et la professionnalisation des familles d'accueil ce qui implique supervision externe et formation ;
- intégrer à sa pratique, d'emblée, sa propre auto-évaluation permanente et sa supervision externe.

Ces objectifs ne peuvent être atteints qu'en constituant une équipe soignante spécifique, dédiée à cette pratique thérapeutique, dotée d'un budget conséquent, afin d'assurer le financement des familles d'accueil (leur masse salariale représente plus de la moitié du budget total de l'AFT) et la mise en place aussi bien de la supervision des familles d'accueil que sa propre supervision (13). L'AFT en alcoologie est, dès lors, une forme d'hébergement thérapeutique médico-social faisant partie intégrante d'un projet thérapeutique élaboré avec le patient alcoolique (arrêté du 18/08/93).

### ***Une mise en place expérimentale***

La structure RAFTA a été mise en place en janvier 2007, à titre expérimental, pour dix-huit mois, sous contrôle tri-annuel de la DRASSIF (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale d'Île-de-France). Elle disposait de dix places d'accueil. Pour solliciter une place d'accueil au sein du RAFTA, les patients devaient présenter un projet thérapeutique ambulatoire spécifique, l'accueil familial correspondant, alors, au besoin d'un hébergement thérapeutique provisoire.

En avril 2010, le dispositif a été repris par le Centre hospitalier des 4 Villes (département des Hauts-de-Seine) dans le cadre de la mise en place du Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Le CSAPA du CH4V est le produit de la fusion du Centre Arthur Rimbaud situé à Boulogne-Billancourt, du CCAA de Saint-Cloud et du RAFTA ; il assure des soins ambulatoires dispensés à Boulogne, Saint-Cloud et Sèvres dans le département des Hauts-de-Seine et il dispose grâce à l'AFT de dix places d'hébergement thérapeutique médico-social. Ces structures de soins font depuis partie du "réseau alcoologique Dr Haas" (évolution actuelle de l'ancienne unité d'alcoologie de Saint-Cloud) qui comprend sept structures de soins addictologiques et est inséré dans plusieurs réseaux ville-hôpital. Le "réseau alcoologique Dr Haas" intègre traditionnellement (depuis la fin des années 1950) l'apport des groupes d'entraide des patients alcooliques rétablis dans son protocole de soins.

Depuis 2007, l'accueil familial thérapeutique pour malades alcooliques offre dix places et compte en moyenne six familles d'accueil en activité ; elles ont pu accueillir en cinq ans (années pleines 2008-2012) 64 patients qui ont comptabilisé 9 485 jours d'accueil. Le taux moyen de fonctionnement par place agréée par an est de 58 %.

En 2012, nous avons accueilli 15 patients qui ont comptabilisé 2 841 journées d'accueil ; neuf familles d'accueil ont été mobilisées ; la durée moyenne d'hébergement pour 2012 est de 190 jours/patient. Le taux de fonctionnement par place agréée en 2012 est 86,5 % et le taux de fonctionnement par famille mobilisée est de 96 %. À titre indicatif, voici les chiffres avancés par le rapport OFDT de 2001, chiffres qui datent de 1999, année de l'enquête : le nombre moyen de journées d'accueil est de 1 299 ; le taux global de fonctionnement calculé en journées d'accueil par place agréée est de 62 %. Ce taux de fonctionnement selon les journées d'accueil faites par famille mobilisée est de 43 % (9). Nous constatons en fait un inversement dans le fonctionnement de notre réseau de familles d'accueil entre taux de fonctionnement annuel par place agréée et taux de fonctionnement annuel par famille mobilisée qui s'explique, à notre avis, par la professionnalisation de nos familles d'accueil, nos efforts pour leur formation, leur supervision, notre accompagnement intensif (visites à domicile), la fonction de tutorat exercée par le chargé d'accompagnement et bien entendu la présence d'une équipe dédiée.

### ***La constitution de l'équipe soignante***

L'AFT est avant tout une équipe pluridisciplinaire (14) comprenant deux psychologues, un médecin généraliste alcoologue, une assistante sociale ainsi qu'un chargé d'accompagnement en addictologie (CAA). Dans un processus de *holding* (ainsi que ce concept est défini par Winnicott) et d'individuation, chaque praticien représente une instance spécifique. Le *holding* fait référence à la manière dont la "mère" (dans sa fonction parentale de *care-taker*), dans un rôle de pare-excitation, va porter et prendre soin de l'enfant : le rassurer, le contenir et soutenir son Moi. Ce concept est associé au *handling* qui fait référence à la manière dont la "mère" interagit avec l'enfant pour définir leurs relations, les limites de l'enfant et ses propres limites sans pour autant troubler son processus d'autonomisation.

Le médecin assure une autorité institutionnelle, il garantit le cadre thérapeutique et il assume la responsabilité médicale des actes et soins prodigués. Il connote symboliquement l'impératif soignant de l'AFT qui demeure une organisation de relations plurisémiotiques, dépourvue de murs et d'enseignes (12, 15). En effet, le patient alcoolique, en accueil familial thérapeutique, est aussi un accueilli, un invité, qui prendra provisoirement la place d'un "frère" (sœur), d'un "fils" (fille), d'un ami ou d'un intrus selon l'histoire de la famille d'accueil et ses projections

sur lui ; de même, les membres de la familles sont à tour de rôle des accompagnants thérapeutiques, mais aussi des amis, des modèles à suivre ou des adversaires, des interlocuteurs commentant les nouvelles à la télévision ou encore des “parents” (au sens de *care-giver*)... et ainsi de suite.

Les psychologues interviennent pour créer d'une part un espace de mentalisation et de verbalisation favorisant le processus d'individuation pour le patient et pour garantir, d'autre part, un espace interactionnel rendant intelligible le contexte de l'accueil en mettant des mots sur le vécu du patient, sur ses passages à l'acte, sur les conflits qui se (re-)jouent. L'assistante sociale est résolument une passerelle vers la réalité sociale et, en ce sens, l'organisation des actions dans le temps. Réintroduire la temporalité dans le quotidien du malade alcoolique par l'idée d'une progression par étapes est un des objectifs thérapeutiques de l'AFT. L'expérience d'un changement qui se construit dans le temps (et cela devient de l'histoire personnelle à l'origine de souvenirs) s'oppose au fonctionnement mental de “tout ou rien”, à l'intolérance à la frustration, à l'expérience de l'effet “flash” et à “l'a-historicité” du sujet addictif (cf. le concept de l'historicité du sujet chez Heidegger et Merleau-Ponty). En fait, l'assistante sociale accompagne le patient, dans les limites d'un temps relativement court, dans la concrétisation du projet de vie qu'il a élaboré avec l'ensemble de l'équipe.

Le chargé d'accompagnement, malade alcoolique rétabli (nous recherchons, pour ce poste, des personnes ayant un DU d'alcoologie, ou une formation d'éducateur spécialisé et, en tout cas, une longue expérience et pratique des groupes d'entraide et du tutorat), se propose comme un “soi auxiliaire” auquel le patient peut de façon transitionnelle s'identifier pour échapper à son ambivalence entre un moi défaillant et un surmoi tyrannique, entre l'attraction de la reprise de la consommation et le désir naissant du maintien de l'abstinence. La fonction médiatrice du CAA ne se limite pas au niveau du fonctionnement intrapsychique mais elle s'exerce également au niveau symbolique, entre réalité intersubjective et réalité subjective, à travers les échanges dans des lieux neutres (café, cinéma, etc.) ou les ateliers d'expression libre autour d'un thème tel que la relation à l'argent, les relations affectives et toxiques, etc. Parallèlement, il amène progressivement l'accueilli à fréquenter un groupe néphaliste de son choix, favorisant sa réflexion autour de son rapport à l'alcool. Enfin, la fonction médiatrice s'exerce au niveau institutionnel entre les professionnels de soins et le contexte de soins (la famille d'accueil) : là, la médiation opère de manière interactionnelle dans une relation actuelle.

Le fonctionnement de l'équipe soignante intègre les discours clinique alcoologique, thérapeutique et néphaliste : réhabilitation du capital-santé, travail motivationnel, psycho-éducation, renarcissisation, *holding*, mentalisation et élaboration des processus relationnels et transgénérationnels, élaborations identitaires, expériences d'autonomisation, réhabilitation sociale.

### **Indications et contre-indications**

L'AFT ne doit pas être assimilé à une posture avec des places individualisées pour des patients particulièrement difficiles ; sa qualité première n'est pas la rapidité d'admission ; ce n'est pas la solution de facilité pour désengorger la structure de soins aigus des patients socialement compliqués. L'AFT alcoologique ne peut ni se substituer à un lieu de vie psychiatrique, ni faire l'économie d'une posture addictologique.

Nous envisageons deux catégories générales de patients alcooliques pouvant bénéficier d'un accueil familial :

- les patients qui, à l'issue de leur cure, se retrouvent en situation matérielle et morale précaire : leur situation occasionnerait la rechute malgré les efforts thérapeutiques en ambulatoire ;
- les patients pour lesquels l'alcoolisme est la cause ou l'effet d'un dysfonctionnement familial ou conjugal grave ; leur retour chez eux engendrerait des interactions pathogènes aboutissant inexorablement à la rechute.

L'expérience clinique montre que, le plus souvent, ce sont des personnes présentant des troubles d'attachement avec défaut de mentalisation, des séparations et/ou pertes précoces et des failles narcissiques de la personnalité qui se trouvent dans des situations citées ci-dessus ; il en résulte un isolement relationnel progressif et une marginalisation, un repli sur soi avec humeur dépressive et auto- ou hétéro-agressivité et un désinvestissement des relations objectales. De façon générale, dès lors, l'indication est posée pour tout patient alcoolique dont le maintien de l'abstinence semble compromis en raison d'une défaillance identitaire, d'une inconstance de son *self*, des ruptures ou défaillances de la continuité de son fonctionnement psychique.

Il existe, néanmoins, des contre-indications à un accueil familial thérapeutique :

- la poursuite des alcoolisations ;
- les pathologies psychiatriques comme les psychoses, les démences et le syndrome de Korsakoff (indication pour

l'AFT psychiatrique), les personnalités psychopathes ou violentes ;

- les maladies chroniques invalidantes (nécessitant un *nursing* intensif rendant caduque tout processus d'autonomisation), les maladies infectieuses non traitées (associées notamment à des attitudes anosognosiques, négligentes et nonchalantes, de la part du patient), le handicap physique ;  
- le risque suicidaire avéré.

## **Le fonctionnement du dispositif : la dimension institutionnelle**

---

### ***Le recrutement, la supervision et la formation des familles d'accueil***

Le recrutement des familles d'accueil est réalisé par l'équipe de l'AFT, avant d'être validé par la directrice des ressources humaines du CH4V. Nous prêtons une attention particulière aux motivations des familles, ainsi qu'à leurs représentations vis-à-vis des addictions. Pour devenir une famille d'accueil thérapeutique, il est important de pouvoir se confronter à des pairs mais également à d'autres professionnels, afin d'obtenir une reconnaissance et se construire une conscience professionnelle.

Le rythme des formations a été modifié, passant d'une demi-journée mensuelle à une demi-journée trimestrielle, ceci dans le but qu'elles acquièrent des compétences sans pour autant devenir des sujets supposés savoir. En effet, nous leur demandons de conserver leur spécificité, leur fonctionnement familial propre et leur spontanéité. De plus, les familles d'accueil bénéficient d'une supervision, mise en place pour répondre à leurs interrogations quant à l'attitude qu'elles doivent adopter face à l'accueilli, face à l'équipe soignante, mais aussi pour leur permettre de prendre du recul sur ce qui peut se jouer au sein de leur foyer lors d'un accueil. Le superviseur, extérieur au dispositif, intervient une fois par mois auprès des familles d'accueil (16) ; le travail s'apparente à un groupe Balint. La confidentialité de ces séances est garantie.

La formation, la supervision et l'accompagnement sur le terrain ont permis aux familles d'accueil de se doter d'un esprit fédératif, d'approfondir le cadre du fonctionnement de l'AFT, de fixer les limites au sein de leur propre famille, d'élargir leurs connaissances dans le domaine de l'alcoologie, de développer leurs compétences, de permettre la clarification des places et des fonctions de chacun par rap-

port à l'accueilli et à ses objectifs thérapeutiques (définir les limites de la mission des familles d'accueil).

### ***La procédure d'admission du patient***

La question de l'orientation d'un patient vers un séjour en AFT est abordée par l'ensemble de l'équipe soignante. La décision est prise de manière collective. La procédure d'admission se déroule en plusieurs temps : le médecin valide la candidature, puis le psychologue évalue la demande mais aussi le fonctionnement psychologique en lien avec l'alcool, ainsi que l'histoire familiale du patient. L'assistante sociale va évaluer la situation socioprofessionnelle et les éventuels projets de réinsertion du patient candidat ; quant au chargé d'accompagnement, il recevra le patient pour faire le point sur son rapport au produit et sur sa motivation.

L'objectif pour le patient candidat est de pouvoir identifier clairement la fonction des différents professionnels intervenants pendant l'accueil familial ; et, pour les soignants, le croisement des regards pluridisciplinaires permettra d'échanger autour des axes du futur développement de son projet thérapeutique. Ces temps d'échanges permet également de poser le cadre du dispositif (règlement intérieur, règlement de fonctionnement : participation aux groupes néphalistes, poursuite des soins avec son addictologue référent, etc.). C'est ce cadre qui viendra faire tiers mais qui sera également là pour contenir l'accueilli au sein d'un dispositif voué à le "malmener" de par sa spécificité : proposer un autre cadre familial va déstabiliser le patient pendant un temps, avant que les règles familiales deviennent à leur tour sécurisantes car contenant, bienveillantes.

## **Le fonctionnement du dispositif : la dimension transférentielle et interactionnelle**

---

### ***L'équipe soignante et le travail en réseau***

L'AFT est un contexte thérapeutique qui évite les phénomènes d'institutionnalisation, propose un contenant psychique qui échappe au risque de la chronicisation, et offre la possibilité d'interactions non aliénantes. De son côté, l'équipe soignante de l'AFT tente de créer un champ d'interactions complexes et d'échanges affectifs imprévisibles, sollicitant en permanence les ressources identitaires

et les capacités créatrices de chaque membre du système thérapeutique – et non seulement du patient (11, 12, 17-19). Pour permettre à l'équipe soignante de demeurer créatrice, elle est supervisée par un superviseur extérieur à l'institution.

Le patient accueilli, comme la famille d'accueil et même les soignants, est dans un processus d'exploration et d'acquisition de nouvelles compétences. Nous évitons de nous positionner en tant que maîtres d'un "savoir expert" pour ne pas induire des phénomènes d'institutionnalisation et d'attitudes passives, aussi bien de la part de la famille d'accueil que de patient accueilli ; Nous considérons apprendre des processus relationnels dans lesquels nous nous trouvons impliqués. Cette position épistémologique (20) "d'humilité" ou de "non-savoir" (d'après la pensée systémique) relativise les échecs, les frustrations, les fautes et autres choix erronés car elle les connote en tant qu'étapes "d'un apprentissage par essais et erreurs".

L'intervention régulière de l'équipe soignante au sein du séjour et donc au sein des interactions accueillant-accueilli induit d'emblée, de par sa position de tiers, une dimension symbolique, un espace transitionnel laissant place à un lieu de créativité, de spontanéité du lien et des émotions. Dans son aspect thérapeutique, le cadre institutionnel contient et favorise une dimension structurante pour le patient mais également pour la famille d'accueil et l'équipe. Il englobe la triangulation équipe-accueillant-accueilli. Le patient se verra donc à la fois confronté au cadre institutionnel porté par l'équipe mais aussi au cadre familial propre défini par les règles internes au fonctionnement familial de l'accueillant. Ce cadre institutionnel est complété par la conscience quotidienne de tous les acteurs du système AFT, d'un travail en réseau et de l'importance des partenaires afin de coordonner la continuité de soin du patient. De plus, l'AFT n'étant qu'un temps de passage, il est important que le patient puisse maintenir les suivis mis en place préalablement, voire d'en établir de nouveaux selon le projet thérapeutique.

### **Les visites à domicile**

Afin de permettre un cadre structurant pour les accueillis et un contexte relationnel suffisant, nous travaillons au plus près des familles d'accueil grâce à la mise en place régulière des visites à domicile (VàD) ; la première est fixée au maximum 72 heures après J1 et nous programmons les suivantes en fonction du projet thérapeutique et de l'évolution de l'accueilli (tous les 15 jours en moyenne).

Le chargé d'accompagnement organise et effectue le J1 du séjour en famille d'accueil et il participe ensuite aux VàD avec le psychologue. Lors des VàD, le soignant, l'accueillant et l'accueilli travaillent ensemble ; ceci assure la circulation des informations entre chaque acteur du projet thérapeutique, la transparence des interactions et le réajustement relationnel permanent.

Le psychologue se positionne dans un rôle d'observateur actif (position "méta-communicationnelle") afin de laisser un espace d'auto-organisation entre la famille d'accueil et l'accueilli. Cet espace permet à l'accueilli d'être coauteur de son contexte thérapeutique. Le psychologue peut, au besoin, apporter du sens sur des comportements ou des difficultés rencontrées, tels les mouvements agressifs, les attitudes régressives et les sentiments d'échec ou de dévalorisation, voire le sentiment d'abandon qui peut découler de certaines situations particulièrement délicates. Il s'agit également d'évoquer les autres interactions qui influent sur le séjour : celles avec la famille d'origine, le groupe de pairs, etc. Finalement, nous sommes au cœur des interactions, charge à nous d'y mettre du sens afin que le patient puisse retisser son réseau social.

### **Le Conseil de la vie sociale, renommé Groupe de la vie sociale**

Prévu par la Loi 2002-2 Article L.311-6 du Code de l'action sociale et des familles sur les structures médico-sociales addictologiques, le Groupe de la vie sociale animé par l'assistante sociale de l'AFT, réunit, une fois par mois, tous les résidents en accueil familial mais aussi les anciens accueillis désireux d'apporter leur témoignage. Il s'agit d'un groupe autogéré afin qu'ils puissent échanger sur les conditions de leurs séjours, décider de leurs soins, s'inspirer les uns des autres en vue de bénéficier, au mieux, de cet outil thérapeutique : c'est un rendez-vous "citoyen".

### **Accompagnement social et problématiques de réinsertion en AFT**

Tout patient accueilli est sollicité, en vue d'élaborer son projet de vie, d'amorcer des démarches auprès de structures médico-sociales afin d'atteindre ses objectifs de réinsertion. Or, les personnes accueillies éprouvent des difficultés pour élaborer leur projet de vie, ainsi que pour entrer en relation avec autrui dans le cadre de leurs démarches. De plus, en raison du délitement de la temporalité (21, 22), les accueillis rencontrent de très importantes difficultés à

mettre en place un plan d'actions coordonné pour se ré-intégrer socialement. Concernant l'accueilli, il est souvent nécessaire de l'accompagner dans la réappropriation de sa situation personnelle. Il va, dans le cadre de son séjour, être accompagné dans son processus d'autonomisation ; processus qui demande du temps ; or, la durée du séjour à l'AFT n'est que de trois mois renouvelables deux fois au maximum. Il s'agit finalement d'amorcer des projets socioprofessionnels (hébergement, retour à l'emploi, etc.) avec un objectif principal sous-jacent de construction d'un projet de vie et de réinsertion (8).

## Conclusion

La pratique de l'AFT en alcoologie semble être une modalité d'hébergement médico-social prometteuse à côté d'autres formes d'hébergement, aussi bien du point de vue économique que par l'originalité de son modèle thérapeutique intégrant des approches différenciées dans un cadre hors murs. Nous devrions dans une prochaine publication expliciter ce modèle thérapeutique. La problématique sur cette pratique gagnerait à être expérimentée par d'autres équipes. ■

**Remerciements.** – Nos remerciements au Préfet M. A. Regnier, aux membres de l'association "Le Sas", au Dr I. Sokolow, au Dr A. Herzgowicz et à Mme D. Vilain ; sans leur aide nous n'aurions pas réussi à mettre en place cette structure de soins.

**Conflits d'intérêt.** – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

V. Anastassiou, A. Croizer, A. Guillet de la Brosse, P. Carre, M. Bertozzi-Knecht  
**Un dispositif d'accueil familial thérapeutique en alcoologie. Historique et modalités**

*Alcoologie et Addictologie* 2014 ; 36 (2) : 133-140

## Références bibliographiques

- 1 - Cébula JC et al. Guide de l'accueil familial. Paris : Dunod ; 2000.
- 2 - Guiter B. De Dymphne à Philémon, les mythes de l'accueil familial. *L'accueil familial*. 1996 ; (2).
- 3 - Collectif. Accueil familial des adultes. *L'accueil familial*. 2003 ; (15).
- 4 - Sans P. Soins et placement en famille d'accueil. Nancy : PUF ; 1991.
- 5 - Sans P et al. Les placements familiaux thérapeutiques. Paris : Fleurus ; 1987.
- 6 - Anastassiou V, Cabanel L. La félicitation : vers une modélisation de l'accueil familial thérapeutique. *Thérapie Familiale*. 1994 ; 15 (3) : 289-305.
- 7 - Auger E, Lesaing A. La dépendance en accueil familial thérapeutique. *Croix Marine*. 1995 ; (3).
- 8 - Gicquel JF. Pertinence de la famille d'accueil en tant qu'outil de soins et d'insertion des usagers de drogues. *L'accueil familial*. 2000 ; (10).
- 9 - Ahouanto M, Duburcq A, Soria J, Pechevis M. Évaluation des dispositifs "familles d'accueil pour toxicomanes". Paris : OFDT ; 2001.
- 10 - Cébula JC, Horel C. L'accueil familial des adultes : évaluation de la loi du 10 juillet 1989. Paris : IFREP ; 1997.
- 11 - Anastassiou V, Cabanel L. How to help the therapists not to exert control in foster family care for adult psychiatric patients. In : Changes in helpers, changes in helping systems. International conference ; September 1994 ; Prague, Czech Republic.
- 12 - Anastassiou V, Cabanel L. L'effet thérapeutique de l'AFT au péril des symétries inter-systèmes. In : Congrès international de thérapie familiale systémique ; février 1993 ; Québec, Canada.
- 13 - Collectif. Des adultes en accueil familial, questions de formation et de dispositifs. *L'accueil familial*. 2006 ; (16).
- 14 - Collectif. La fonction des équipes. *L'accueil familial*. 2001 ; (11).
- 15 - Escots S. Fonction des équipes : du fonctionnel au symbolique. *L'accueil familial*. 2001 ; (11).
- 16 - Radiguet C. La supervision des familles d'accueil. *L'accueil familial*. 2003 ; (15).
- 17 - Auger E. Succès et faiblesse de l'accueil familial thérapeutique. *Soins Psychiatrie*. 2003 ; (225) : 32-5.
- 18 - Escots S. Le soin en AF : des effets de l'accueil à la question du changement. *L'accueil familial*. 1996 ; (2).
- 19 - Schurmans D. Une dimension cachée des pratiques de soin : l'action sur le contexte. *L'accueil familial*. 1996 ; (2).
- 20 - Bateson G. Vers une écologie de l'esprit. Paris : Seuil ; 1977.
- 21 - Anastassiou V. La mise en crise du fonctionnement de système alcoolique par l'organisation d'une approche thérapeutique à effets imprévisibles. *Thérapie Familiale*. 1996 ; 17 (1) : 127-49.
- 22 - Descombey JP. Précis d'alcoologie clinique. Paris : Dunod, 1994.