

Présentation intervention des équipes SAFT/ Gerville au séminaire accompagnement

Santé Mentale France IDF - jeudi 18 janvier 2018

SABINE

Qui sommes nous ?

Nous travaillons dans un accueil Familial thérapeutique qui s'intègre dans le pôle d'action thérapeutique nommé « Pôle psycho social ». Ceci pour le secteur psy parisien du 13^{ème} arrondissement, soit 1 population de 180 000 hab.

Ce pôle concerne les différents dispositifs d'hébergement thérapeutique, structures alternatives à l'hospitalisation ayant pour but de soutenir la réhabilitation psycho-sociale de nos malades

(Ce pôle regroupe 4 dispositifs en intra et 1 en extra, appelé structure alternative ou intermédiaire à l'hospitalisation de soutien à la réhabilitation et réadaptation du patient : - 3 foyers, 8 appart associatifs et 1 partenariat avec 1 résidence sociale.)

Certaines de ces structures se trouvent dans le 13ème ardt, autour du CMP, et d'autres, comme le Saft, se situent à Soisy/Seine, petit village de l'Essonne. Les domiciles des accueillants familiaux du service SAFT sont à 35 mn maximum de nos bureaux de consultations, bureaux situés au 2^{ème} étage du foyer Gerville, sur le site de l'Eau-vive.

Le Fil rouge de notre présentation d'aujourd'hui :

Le propos qui va suivre sera illustré par la vignette clinique de Jacques traité depuis des décennies par notre association Asm13. Notre présentation à 4 voix va illustrer le travail d'accompagnement auprès de lui, depuis son arrivée au service fermé, en passant par le foyer de post cure Gerville, jusqu'à ce jour où il vit en famille d'accueil thérapeutique, chez Mme Sanchez, qui est avec nous. Ce chemin sera notre fil rouge.

L'ACCOMPAGNEMENT....quelle belle image que l'étymologie de ce terme....marcher avec 1 compagnon. La racine latine est :-ad (mouvement) et cum panis (celui qui mange du pain avec).C'est 1 compagnonnage, 1 association. C'est donc parfois un partage symbolique, et c'est

souvent le partage d'objet réel tel qu'un vrai repas. Peut-il exister un cadre possible pour l'accompagnement ? Comment penser l'accompagnement pour qu'il devienne thérapeutique ?

Le récit de notre accompagnement de Jacques est celui d'1 Grande Aventure humaine, une suite de rencontres avec différentes équipes qui l'ont porté, puis aujourd'hui, l'équipe du Saft qui chemine à ses cotés. Trouver avec lui 1 chemin, lui « l'insortable » comme les nommait le Dr Jacques Azoulay, et mener Jacques, quelque part.

Je laisse la parole au Dr Mercier qui va retracer à grand trait le parcours de Jacques

AGNES

PARTIE HISTOIRE

Jacques naît et grandit à Sousse en Tunisie, dans une famille de confession juive, d'un père commerçant et d'une mère au foyer, déjà parents de deux enfants, un fils et une fille

Il est d'après sa mère "un merveilleux bébé admiré de tous" mais devient un jeune enfant très turbulent, "infernale" à tel point que dès l'âge de trois ans, déjà totalement dépassée, elle le laisse partir seul à l'école !

Il suit une scolarité normale, il est plutôt bon élève, intelligent et part en internat à Tunis après la 4ème, faute d'école dans sa ville natale. Son niveau scolaire commence à fléchir, fléchissement qui n'ira qu'en s'accroissant. Sans doute ce premier éloignement du giron maternel cause t'il chez Jacques un profond désarroi.

Quand il a 16 ans, ses parents décident de partir s'installer en France avec lui, à Paris. Ils rejoignent le frère et la soeur de Jacques, qui y poursuivent leurs études.

Jacques n'est pas admis à redoubler et quitte définitivement l'école sans diplôme. S'il parvient à travailler un temps de petits boulots, il se désinsère progressivement. L'apragmatisme s'installe et gagne vite du terrain.

A 22 ans, il débute un suivi au CMP du 20 ème arrondissement, où il vit avec ses parents. Il présente des signes obsessionnels et de dépersonnalisation.

(Jacques donne déjà l'impression d'être très peu subjectivé. On parle toujours en son nom, à sa place, comme s'il n'avait pas vraiment d'existence propre. Mais qui est- il?)

A 25 ans il se rend en Tunisie pour des vacances. Il y vit son premier épisode psychotique aigu. Sa pensée est parasitée par des phénomènes hallucinatoires, il est extrêmement angoissé. A son retour, Le diagnostic de schizophrénie paranoïde est évoqué et se confirme deux ans plus tard alors qu'il est hospitalisé pour un nouvel épisode paranoïde (il a alors 27 ans). Il est hospitalisé par la suite de façon quasi continue tant les conflits avec ses parents rendent impossible son retour. Il est décrit très dissocié, souvent agité, hurlant mais très énigmatique, insaisissable.

Ses parents déménagent dans le 13ème. A la maison, Jacques se montre tyrannique et mène une vie infernale à ses parents. Il ne supporte pas son père qui l'irrite au plus haut point, il en est maladivement jaloux. Il en vient souvent aux mains avec lui et le blesse à plusieurs reprises, allant jusqu'à lui casser le bras. L'attitude de sa mère est très ambivalente, complaisante quand il frappe son père, elle dit vouloir vivre avec son fils tout en exprimant le souhait qu'il soit hospitalisé "pour toujours". Quand ils sont ensemble, l'excitation est maximale, sa mère n'a de cesse de le toucher, de l'embrasser, il ne semble y avoir entre eux aucun espace, aucune barrière.

Il est hospitalisé pour la première fois à l'Eau Vive à l'âge de 32 ans, alors que la situation à la maison devient intenable et que sa violence et sa dangerosité augmentent.

Son père meurt peu de temps après, des suites d'une mauvaise chute. Sa mère se retrouve alors seule au domicile parisien. Plus de tiers entre eux, plus d'obstacle à la symbiose, pas plus qu'à la possibilité de l'inceste. La symptomatologie psychotique de Jacques s'aggrave encore. Suite à un énième épisode délirant au cours duquel il agresse sa mère, il est réintégré à l'hôpital à l'âge de 37 ans. Il n'en sortira que 15 ans plus tard...

A l'hôpital il est tout bonnement infernal et reproduit avec les soignants la même relation qu'avec sa mère, d'une dépendance absolue (il est littéralement collé à porte du bureau comme un "poisson vitre") et d'une grande agressivité, il induit des liens d'emprise rapidement indénouables.

Sa destructivité paraît sans limites. Il est extrêmement incurie et tyrannise les équipes. Il peut faire preuve d'une grande violence et frappe à plusieurs reprises, patients comme soignants. Il est orienté en UMD à l'âge de 40 ans, après l'agression particulièrement violente d'une infirmière.

Les collègues des services d'hospitalisation en parlent comme d'un "pervers" qui "sadise les plus faibles" et s'attaque surtout aux infirmières, de petite taille "il vise les points faibles, là où ça fait mal" "il aime lire la peur dans les yeux des autres" (Camille)"Jacques sait utiliser ses symptômes pour obtenir ce qu'il veut" et donne aux soignants le "sentiment d'être utilisés comme des objets"

Parfois il s'effondre et exprime une profonde détresse, une douleur de vivre "je me vide comme un tronc d'arbre, le matin j'ai encore les affects de mes rêves mais dans la journée je me vide"

A d'autres moments, il sait se montrer agréable et paisible. Il est capable d'humour, d'observations fines et "nos yeux se remplissent alors de compassion"

Tout est paradoxal avec Jacques, le sentiment est qu'il essaie d'échapper en permanence, dans une fuite en avant perpétuelle, il se rend insaisissable. Mais à quoi tente-t-il d'échapper?

Dès qu'on formule un projet d'éloignement de Soisy, il fait en sorte d'être réhospitalisé au service fermé en frappant quelqu'un tout en réclamant haut et fort sa "sortie de psychiatrie".

Les équipes se sentent dans une impasse, engrénées dans des relations d'emprise mutuelle, perversifiées par des années d'hôpital

Jacques a 47 ans. Après des années d'efforts vains, de traitement et de mise en échec de tous les projets, on décide de l'accueillir dans l'un de nos foyers psychiatriques. Gerville est un foyer de post cure ouvert situé à l'intérieur de l'enceinte du parc de l'hôpital et destiné à accueillir ces patients dits "inséparables". Ce faisant, l'équipe de ce foyer propose de dénouer le paradoxe suivant "faire sortir les insortables".

Pour ce faire, le service doit revêtir certaines qualités : offrir un lieu d'accueil suffisamment contenant pour amortir les vécus psychotiques les plus éclatés, et assez souple et créatif pour introduire petit à petit l'idée de l'altérité, d'un extérieur. Les dispositifs d'hébergements thérapeutiques (les foyers et à plus forte raison le SAFT) ont ceci de particulier qu'ils fonctionnent et sont thérapeutiques car ils reposent sur une certaine "ambiguïté" comme le développe Racamier : en n'étant ni vraiment l'hôpital ni vraiment un lieu de vie, en n'étant ni vraiment dedans ni vraiment dehors, en mélangeant vie privée et vie professionnelle, ils représentent un espace intermédiaire (l'indéterminé de Roussillon), entre un dedans jugé aliénant et un extérieur terrifiant. Dans cette zone "tampon" la rencontre devient possible car "moins excitante" et moins persécutante, ceci à condition qu'elle puisse être pensée et régulée par le tiers que représentent l'équipe, et le dispositif des soins.

Il en faudra en effet des "couches" d'amortissage, des enveloppes solides, pour accueillir et réguler l'excitation de Jacques.

Malgré la réticence de l'équipe qui, bien évidemment, a entendu parler de la "terreur de l'hôpital" et de sa réputation de "cogneur", on décide de l'accueillir, avec le contrat suivant : dès qu'il frappe, il part pour 24h en isolement au service fermé.

Petit à petit, Jacques intègre le fonctionnement de Gerville et notre regard sur lui CHANGE : Il cesse d'être le sadique qui frappe pour devenir ce drôle de petit bonhomme, qui fait rire plus qu'il ne fait peur. Au bout de deux années, Il n'a plus besoin d'aller au service fermé, la répétition des allers retours (et dieu sait s'il en a fait) couplée aux soins prodigués ont permis un apaisement de sa violence, une progressive réintrinsication pulsionnelle. L'excitation a marqué le pas. Jacques qui ne semblait faire aucun cas de son corps commence à prendre un peu soin de lui, "une fois il m'a demandé spontanément à se laver" se souvient triomphante une aide soignante, un exploit pour celui qui deux ans plus tôt fuyait et se débattait pour éviter tout contact avec l'eau . Il reste cependant très sale, négligé, totalement apragmatique, il abîme le mobilier, écrit sur les murs, écrase ses mégots un peu partout... Il est enfin d'une adhésivité rare, nous suivant à la trace et cherchant constamment notre regard à la manière d'un petit enfant inquiet qui chercherait sa mère. L'équipe se questionne sur les graves manquements qu'il aurait pu connaître dans ses relations primaires.

On commence à parler de Jacques comme d'un enfant ; tout se passe comme si cet accueil avait permis d'amorcer chez lui une forme de régression jusque là impossible.

Sa mère, qu'il ne voyait plus, meurt à l'âge de 97 ans. L'apaisement symptomatique se poursuit.

Dans le service il a noué une relation particulière avec (Christine) aide soignante. C'est une femme "à poigne" parfois très dure et qui fait autorité. Elle s'occupe beaucoup de Jacques, l'a beaucoup investi "comme une seconde mère". Lorsqu'elle annonce son départ de Gerville, elle propose à la grande surprise de l'équipe d'amener Jacques avec elle! Elle a décidé de consacrer la fin de sa carrière à un travail d'accueillante familiale. Le psychiatre accepte, lui aussi non sans surprise devant une telle dévotion.

Jacques intègre le SAFT à l'âge de 53 ans.

Nous l'avons vu, Jacques est un patient très difficile. Au fil du temps et des soins, la violence des débuts a cédé ,révélant une détresse profonde, une destructivité encore très à l'oeuvre et une extrême dépendance. Littéralement collé à l'autre, Jacques semble chercher inlassablement dans le regard de son interlocuteur la preuve de sa propre existence, signe d'une profonde défaillance narcissique. Il se vit comme sans fond, sans arrimage, comme "un arbre vide dont il ne reste que l'écorce".

Nous verrons comment c'est un nouveau regard posé sur lui, une attention de tout les instants et le travail intensif de l'équipe du SAFT qui permettra peu à peu à Jacques de "prendre racine" et de trouver enfin sa place quelque part sans ne plus chercher à échapper, avec un certain apaisement et même semble t'il avec un réel plaisir

....

HISTOIRE DU SERVICE

Le « Placement » familial adulte, au sens large est une pratique vieille de plusieurs siècles, prenant ses racines dans le moyen Age. Cette tradition commence au 13^{ème} siècle par la légende de Dymphne (patronne des aliénés), la fille d'un roi d'Irlande. Sa mère est morte lorsqu'elle était enfant. Le Roi, terrassé et désespéré de ne pas trouver une autre femme aussi belle que la défunte, jette son dévolu sur sa fille. Dymphne doit fuir ce père incestueux et s'établir en Flandres où elle développe des activités de charité. Mais après des années, son père la retrouve et renouvelle ses avances. Devant son refus, il l'a décapite. La légende raconte qu'un malade mental aurait assisté à la scène et que le choc aurait conduit à sa guérison immédiate.

Dès le 13^{ème} siècle, la légende de l'action miraculeuse de Dymphne sur les malades mentaux commence. On retrouve ses reliques qui sont exposés à Geel dans une chapelle édifiée au sud d'Anvers et des pèlerinages sont rapidement organisés. Jean-Claude Cébula (psychologue clinicien et formateur en accueil familial) commente le mythe ainsi... « Vénérer la tête pour ne pas la perte ». Les familles locales hébergent les pèlerins et leur famille qui affluent sur le site. Les auberges se multiplient et les accueils peuvent durer longtemps. Ainsi, progressivement, un vrai fonctionnement d'accueil familial se bâtit.

-Vers le 19^{ème} siècle, les asiles en France sont encombrés. Soutenu par le Dr Esquirol qui a visité GHEEL, 2 colonies familiales naissent à DUN sur AURON et à AINAY le Château dans l'Allier. Mais ces accueils sont longtemps restés marginaux.

-En 1963, parution de l'arrêté sur le 1^{er} règlement intérieur type placement familial surveillé, organisé en annexe des hôpitaux psychiatriques.

En 1967, Philippe PAUMELLE crée le 1^{er} placement familial sectorisé en France, dans le 13^{ème} à Paris avec le Dr CHAMPION. C'est notre SAFT actuel une des structures de l'ASM13.

1970, marque l'inauguration de l'accueil familial thérapeutique en tant que soin de réadaptation avec des projets thérapeutiques clairement énoncés.

Présentation du service

C'est un soin alternatif à l'hospitalisation. Un soin original faisant partie des services du secteur psychiatrique. Le traitement consiste à accueillir des patients adultes en famille d'accueil, à proximité de

l'hôpital l'Eau-Vive où se trouvent nos bureaux de consultations. Le service est conventionné par la sécu. Les patients sont redevables du forfait journalier.(Les accueils partiels sont possibles mais rares.)

Capacité d'accueil est de 22 patients depuis 2017 et de 13 familles (dont 1 homme).

Indications : Il est difficile de déterminer une durée précise de la prise en charge de ce soin. Cela concerne des patients atteints d'affections psychiatriques graves mais stabilisées. Soit comme alternative à l'hospitalisation, soit dans 1 projet thérapeutique plus vaste pour des sujets jeunes.

Fonctionnement

L'équipe du Saft est composée d'un psychiatre, d'1 cadre de Santé, de 2 infirmières (dont une à temps plein) , d'1 AS , d'1 secrétaire , d'1 psychologue et de 13 accueillants familiaux. Le dynamisme de ce triangle -Professionnels de santé, patient et famille d'accueil- fonctionne grâce à **3 outils** qui sont:

-Les consultations psychiatriques mensuelles

- des visites à domicile régulière par l'infirmière référente.....suivi, soutenir, évaluer, déranger la chronicité des habitudes, réguler et médiatiser la relation duelle.....

- un Groupe de réflexion (dit de parole) tous les mois, animé par la psychologue.

L'accueillante familiale

C'est la famille tout entière qui participe au soin du malade mais seule l'accueillante est salariée de notre Association. Elle doit savoir concilier vie de famille et vie professionnelle. Grâce à ses capacités relationnelles et sa disponibilité, elle aide de façon continue le patient au travers d'1 relation de confiance qu'elle doit tisser, et de tolérance. Des soutiens tiers sont indispensables pour cela (autres familles, équipe soignante, formations).

L'accueillant (e) est l'auxiliaire psychiatrique incontournable, il (elle) participe aux consultations et au travail d'équipe et de réflexion.

L'équipe psychiatrique

L'équipe est donc pluridisciplinaire et se situe comme tiers référent entre le patient et la famille d'accueil, elle est garante de l'échange à l'intérieur de l'accueil. C'est un service à part entière.

L'équipe sélectionne et recrute les familles, elle s'assure de la conformité des conditions d'accueil avec les clauses du règlement intérieur.

L'équipe étudie les candidatures des patients adressés par les autres structures de l'ASM13, pose l'indication et assure le suivi thérapeutique.

L'équipe favorise une bonne adaptation entre le patient et la famille lors des admissions, en facilitant la verbalisation de chacun. Elle permet l'évolution du patient en faisant figurer « l'extérieur » et notamment les liens avec la famille biologique. Elle accompagne le travail de séparation d'avec la famille d'accueil le temps venu et l'envol vers d'autres projets...ESAT, appart individuel...

L'équipe est disponible à tout moment avec un relais nuit/we assuré par l'organisation des gardes de l'hôpital. Elle peut être contactée chaque fois que l'accueillante familiale en ressent le besoin.

Evolution

Près de 40 ans après sa création, on constate quasi à chaque placement, une réduction des symptômes et corrélativement une diminution de la prescription des psychotropes.

CAMILLE

LE PATIENT ET LE TRAVAIL DE L'INFIRMIÈRE

Je me souviens bien de Jacques à mon arrivée à l'ASM13 en 1996, lorsque j'étais étudiante infirmière.

Recourbé, les vêtements tâchés, le sourire narquois, la tête enfoncée dans les épaules, traînant des pieds, excité..., tyrannique..., délirant...

Il terrifiait les soignants et les patients par son imprévisibilité. Connu par tout l'hôpital y compris de ceux qui ne travaillaient pas dans le pavillon où il était en soin, Jacques aimait faire peur, impressionner et il faisait le caïd avec son air de Joe Dalton

Aujourd'hui, 20 ans plus tard, je suis l'infirmière référente de Jacques au SAFT.

Lorsque notre collègue Danièle, ancienne soignante de Jacques devenue accueillante familiale, a souhaité l'accueillir en 2012, j'ai été surprise et inquiète, je trouvais la prise en charge beaucoup trop lourde, et incertaine, j'imaginai des scènes de violences et de dégradations du matériel, des locaux de la famille d'accueil, comme il le faisait à l'hôpital, et ceci me paraissait totalement intolérable. Plus je donnais des arguments pour tenter de dissuader l'accueillante plus elle me donnait des arguments en faveur de cet accueil, en s'appuyant sur ses souvenirs de séjours thérapeutiques où elle avait été étonnée de voir un Jacques totalement différent de celui de l'hôpital

capable d'un comportement adapté, et semblant apprécier cette vie à l'extérieur. Elle disait "je peux le faire, on se connaît bien, il m'écoute. Je sais qu'en dehors de l'hôpital, chez moi, il sera différent, il ira mieux, je vais l'aider". A Gerville il disait qu'elle était sa deuxième maman, une aide soignante très cadrante au cœur tendre; à ses côtés il se disait en sécurité, rassuré.

Sa violence et sa tyrannie me semblaient à moi incompatibles avec une vie de famille.

En fait, je craignais l'épuisement de l'accueillante (en m'identifiant à elle). Je redoutais une crise clastique, et me demandais dans ce cas comment faire sans renfort de soignants.

A la fois, nous avions envie de soutenir le mouvement de Danielle, de l'équipe de Gerville et à la fois, nous étions réticents. Finalement, nous avons choisi de prendre le risque, de faire le pari d'enfin « sortir Jacques des murs de l'hôpital de l'Eau Vive ! »

Jacques entre dans le service en 2012 (il a 55ans); il continue à fréquenter le foyer Gerville deux jours par semaine et y est reçu très régulièrement en consultation par son médecin le Dr Kapsambelis

Au début, tout est formidable, c'est la "lune de miel": Jacques s'adapte très bien à la vie en famille d'accueil et fait de nombreux efforts pour être "accepté": il respecte les règles de la maison, il se montre capable de faire son lit tout seul, il se lave et se rase et semble plus serein. Rapidement cependant, on retrouve l'ancien Jacques: il cherche à s'appropriier tout ce qui l'entoure en fouillant dans les affaires personnelles de la famille, il casse des objets, insulte et ne respecte plus rien. Il promet sans arrêt de ne plus recommencer, il a peur de perdre ce nouveau foyer mais il n'arrive pas à tenir ses promesses. il crée de graves perturbations dans la famille, demande une surveillance de tous les instants. le couple ne peut plus sortir ensemble, obligé de se relayer pour sortir car Jacques, en plus, il importune les gens à l'extérieur. Ils ne peuvent plus regarder la télé ni se détendre car Jacques hurle à longueur de journée. Quand il est repris, narquois, il se moque d'eux. Il ne tient pas en place plus de 5min, et ceci de 7h du matin à 23h! La famille est usée. L'accueil de Jacques s'interrompt au bout d'un an et il revient au foyer Gerville

Malgré les difficultés, Les équipes de Gerville et du SAFT gardent toujours à l'idée que l'expérience qu'a vécu Jacques en famille d'accueil est à renouveler. Nous soutenons l'idée de continuer à faire exister plusieurs espaces de soins pour lutter contre l'emprise et nous lui présentons quelques mois plus tard, fin 2013, une nouvelle famille d'accueil.

Pour cette seconde famille, notre équipe a cherché une accueillante ayant une appartenance culturelle commune avec Jacques. Nous lui présentons donc Mme R qui parle sa langue et a la même origine tunisienne. Cet accueil ne dure que quelques mois : Il ne s'adapte pas et gêne considérablement l'équilibre familial.

Jacques est bien trop exclusif, tyrannique et menaçant: il essaie d'impressionner, avec des menaces et des propos très crus. Il fait peur et le mari n'ose plus laisser l'accueillante seule avec lui. Le placement s'interrompt. Il est difficile d'apprécier les acquis. On retient toutefois que Jacques a beaucoup apprécié retrouver les odeurs et la nourriture de son enfance, ainsi que les quelques mots échangés dans sa langue maternelle. Il recherche le familier et quelque chose de ses racines, de ses origines et de son enfance.

Il retourne une nouvelle fois au foyer. Un an plus tard, en mars 2015, nous lui présentons une troisième famille. Nous sommes allées cette fois chercher du côté des appartenances religieuses et lui présentons Mme Sanchez, de confession juive comme lui, et avec une grande expérience d'accueillante familiale.

Je me souviens de la 1ere fois où je l'ai emmené chez elle : Jacques a contemplé les décorations religieuses, cela lui était familier, il a tout de suite été séduit, serein. Il s'est montré immédiatement motivé. Il a même cherché à rassurer l'accueillante en précisant qu'il n'était pas un patient dangereux (il y avait son petit fils -un bébé de moins d'un an- dans son parc, j'étais inquiète pour la suite et il a dû le percevoir). Dans la voiture il était touchant, reconnaissant en nous remerciant de lui permettre d'intégrer cette famille en rajoutant « c'est mon rêve d'être chez une famille juive ».

Le patient s'adapte très vite. Je reste très étonnée de la capacité de la famille à supporter Jacques au quotidien . Mme Sanchez malgré la présentation la plus juste que nous avons fait du patient sans lui cacher les symptômes et les difficultés de cet accueil reste enthousiaste, touchée par Jacques et motivée à l'idée de pouvoir lui offrir une vie meilleure, de l'aider à se rétablir. « J'y arriverai, je vais l'aider ! »dit-elle

Jacques appelle sans cesse Mme Sanchez, parfois elle me dit que sa voix résonne en écho dans son esprit , un peu comme une mère connectée au besoin de son enfant.

Mme Sanchez se préoccupe nuit et jour des besoins de Jacques. Elle le surveille, lui donne sa douche, lui fait à manger, lui fait son lit.... Etc.

Lui, Il est envahissant....il est partout où elle se trouve. Jacques a dû mal à être seul et à faire des choses par lui même. Il est comme une bille de flipper qui cherche la consistance, la solidité des limites. il n'est pas rare qu'il casse des objets, qui salisse le sol, qu'il fume dans sa chambre et qu'il abîme les sols avec ses mégots, parfois il bouche les WC et même les canalisations d'eaux usées..

Comment alors accompagner au mieux le patient et la famille d'accueil?

En assurant un suivi régulier du patient soit par appels téléphoniques et aussi sous forme de visites à domicile

En faisant l'évaluation de l'état psychique du patient, de son intégration dans la famille, des difficultés propres à sa maladie et de celles occasionnées par sa venue dans la famille.

Le soignant représente pour le patient le garant de ses droits comme de ses devoirs dans cette famille.il représente aussi celui qui va l'aider pour tout ce qui est extérieur à la famille (les sorties, travail et maintien des liens avec sa propre famille) tout comme un passeur nous l'accompagnons de l'hospitalisation vers un ailleurs et ça le rassure.

Je fais des visites à domicile environ tous les 15 jours.

Lors de la visite, il y a un temps avec l'accueillante, un moment avec le patient et puis un temps en commun. Mes missions sont plurielles:

- je dois veiller bien sûr à la sécurité et au bien être de mon patient mais aussi à celle de l'accueillante et de sa famille,
- j'évalue l'état de mon patient, notamment à travers ce que peut m'en dire l'accueillante.. Lors de cet échange, Mme Sanchez raconte son quotidien avec Jacques, j'écoute ses confidences, ses vécus parfois violents, gênants, inavouables et impensables. Avec Jacques c'est du 24/24 !

Je lui prête de mon oreille mais aussi un peu de mon psychisme pour penser avec elle. Ce moment permet aussi de faire exister le fait qu'il y a une équipe et une institution avec elle, qu'elle n'est pas seule, face à Jacques.

- Je suis aussi garante des limites et du cadre.

J'ai une technique avec Jacques: je lui fais d'abord des rappels et mise en gardes, et je trouve le point sur lequel le valoriser juste avant de partir pour rester sur une note positive.

Il n'est pas rare que j'ai à endosser un rôle paternel, je lui dis parfois « si vous cassez encore quelque chose, attention vous prenez le risque de perdre votre accueillante" ou bien "je vais le dire au docteur, attention Jacques ».

Nous avons bien une institution commune « le SAFT » qui fait tiers dans la relation patient-soignante-accueillante.

J'admire Mme Sanchez, elle fait un travail remarquable. Avec Jacques, Elle est devenue carreleuse, bricoleuse, déboucheuse d'égout, plombière, infirmière, cuisinière!

C'est en visite à domicile que je mesure la tâche quotidienne colossale de l'accueillant.

Mme Sanchez me touche car à la fois elle peut dire "il est infernal" et à la fois dire « non non ca va, vous n'inquiétez pas Camille, il est mignon ».

J'utilise les réunions, les temps avec le médecin et mes autres collègues pour parler de mes VAD et de ce qui s'y passe et s'y travaille

C'est en effet l'existence, dans notre dispositif, d'une pluridisciplinarité et d'espaces différents qui soutient notre pratique du soin et de l'accompagnement: les visites à domicile , nos réunions d'équipe, le groupe de réflexion pour les accueillants, la consultation médicale mensuelle, les trajets en voitures, nos échanges informels...

Chacun a un espace institué pour dire et se libérer de la charge émotionnelle que fait naître le travail auprès de ces patients si difficiles

Après près de trois ans dans cette famille, que dire de Jacques?

Il se présente un peu mieux, plus propre et un peu plus droit.

Mais ce qui me frappe, c'est qu'il y a quelques années Jacques aimait voir la peur dans le regard des autres, il tenait tête. Aujourd'hui, sa violence et sa haine contre l'autre semblent avoir disparu

Il montre de la tendresse, parfois même de la sollicitude quand auparavant il ne paraissait considérer l'autre que comme un objet à son service. Il peut nous regarder avec attention, il se soucie de ma santé par exemple. Il rit lui-même de ses tournures de phrases bizarres

Il cherche à être complimenté.

Il a le regard plus doux.

Lorsque je le regarde -et c'est la première fois- je le vois heureux.

....

Karine, psychologue :

« Je le vois heureux »

Dans ce regard, Jacques peut être vu autrement.

Comme le Dr Mercier et Sabine Lamy nous l'ont précisé, c'est notamment l'ambiguïté du dispositif/la co existence d'espace qui le rend thérapeutique. Le service est dans l'hôpital et le foyer familial en dehors.

L'accompagnement de Jacques, en aft, confronte la famille d'accueil, les équipes de soin à des oppositions, des contradictions et des questionnements :

La rencontre avec Jacques provoque de la peur à cause de sa réputation de cogneur et un sentiment de répulsion intense (il s'agit du mouvement : on est pas d'accord pour l'admission).

Quelques questions : Comment accueillir l'errance psychique ? Comment transformer la violence ? Comment peut on penser à un patient qui passe son temps en chambre d'isolement à un foyer ouvert ? Quels moyens pour le contenir ? Comment déjouer le piège de l'emprise potentiellement mortifère ? Ainsi de quelle façon permettre au patient de se situer sans trop de danger ?

Liliane Abensour décrit l'expérience du temps chez le patient psychotique comme un temps tantôt « figé, immobile, où passé et présent se trouvent confondus (...) tantôt diffracté, tantôt illimité, dans tous les cas, un temps aboli ».

La chronicité cette « lente évolution, prolongée, des troubles » caractérise Jacques. Ce terme désigne des effets iatrogènes et constitue une certaine hantise dans notre travail. Il y a quelques années, le découragement et l'usure du côté soignant ne sont pas loin. Revenons donc... à la question du processus dans la chronicisation. Est-ce qu'il y aurait possibilité d'y voir un mouvement ? (changer de vertex comme dirait Bion) ? Ou sommes nous témoins et acteurs d'un enfermement, d'une immobilité sans issue, et sans espoir ? Tout l'enjeu est de faire vivre ce temps, les espaces et de les faire exister grâce à nos dispositifs de soin vivant, proche (géographie) et créatif.

Mais attendez un instant.... Pour revenir au désespoir et au temps ; n'est-ce pas lui aussi qui est désorienté, perdu, sans espoir, lui qui dit souffrir, qui exprime une profonde détresse, une douleur de

vivre insupportable : "on veut ma mort", "je me vide comme un tronc d'arbre, le matin j'ai encore les affects de mes rêves mais dans la journée je me vide! »

Est-ce que l'usure, l'agacement, la crainte, l'opposition qu'on peut ressentir pourrait naître aussi par le désespoir, la stupeur qu'il vit? De quelle façon lui permettre de s'orienter et être en lien avec l'autre? Selon Alberto Eiguer « être en lien signifie pouvoir capter l'état d'esprit de l'autre ». Peut-être que les alternances entre notre découragement et notre investissement illustrent un rapprochement dans le lien avec Jacques.

Camille nous l'a raconté, à plusieurs, nous pouvons soutenir le trajet de Jacques à s'éloigner pas à pas de l'institution alors que le dehors et la relation le terrifient.

L'accueil familial thérapeutique est d'abord à envisager en tant **que groupe**. Un groupe avec sa dynamique singulière, **sa groupalité interne** et des niveaux (l'individu (intra), les interrelations (inter), l'environnement (trans) selon R. Kaes).

Si on se réfère à la typologie des groupes selon Jean-Claude ROUCHY, la famille d'accueil thérapeutique est à envisager comme **un groupe primaire**, c'est-à-dire un groupe réel (un foyer) fondé sur des rapports affectifs, des habitus, des coutumes, des codes d'appartenance, un environnement avec ses caractéristiques, des rites, des règles de fonctionnement et une organisation des rapports entre les individus.

Chez Mme Sanchez, lorsqu'on vient chez elle, on y est accueillis comme si on faisait partie de sa famille. Jacques rentre dans un groupe où pré existe **une culture d'appartenance**.

Ce groupe, cependant, a une mission instituée avec un contrat et un mode de rémunération, ce qui fait de lui aussi un **groupe secondaire**.

De ce fait, l'accueil Familial thérapeutique est **à cheval entre le familial et le professionnel ou autrement dit du familial au service de la thérapie**.

C'est bien cette ambiguïté qui offre un espace intermédiaire qui permettrait au patient de faire des expériences de son rapport à l'autre. Nous le savons dans le champ des théories groupales, le processus d'individuation est soutenu pour le sujet par l'existence et ses expériences dans des groupes d'appartenance variés.

En tant que groupe, si on suit l'approche de K. LEWIN, l'Accueil familial Thérapeutique est **un espace de changement** dans lequel les patients peuvent intérioriser de nouvelles valeurs, normes et représentations, de nouveaux modes de relations aux autres. A ce titre, l'AFT peut avoir pour fonction de servir de « correctif » pour des personnes aux groupes primaires très carencés. Une indication intéressante pour Jacques.

Comme pour tout processus groupal, cette **transformation n'est possible que si le groupe est contenant, qu'il possède un espace transitionnel et que de nouvelles identifications puissent s'y développer.**

Tout accueil familial peut être représenté sous la forme d'un système dans lequel la personne accueillie, l'accueillant et sa famille sont en constante interaction dynamique. Le travail en AFT consiste alors à étudier, à analyser, à accompagner cette relation : il consiste donc en une régulation des liens.

Que signifie réguler dans le travail groupal ?

Le terme de réguler est emprunté à la métallurgie : c'est rectifier un objet dans sa forme initiale. Ce terme renvoie aussi à la gestion des flux (irrigation, trafic routier, mouvements de capitaux...) ; De ce point vue, la régulation vise à traiter les obstacles émotionnels qui bloquent le travail du groupe, à rétablir l'espace de pensée.

A l'aft, il s'agit bien souvent de tensions interpersonnelles. Dans ce travail de régulation, l'infirmière écoute et aide l'accueillante à verbaliser (tout comme elle nous l'a dit). Elle soutient un premier travail d'accueil et de transformation.

En régulant les enjeux relationnels entre le patient et l'accueillant, l'infirmier médiatise et assure une fonction tiers.

Dans cette perspective groupaliste ...

Le travail lors d'un accueil se développe dans ces trois espaces psychiques (intra – psychique, interpsychique et transpsychique) et repose sur les tensions, les écarts et les correspondances entre eux.

Ces trois espaces sont hétérogènes l'un à l'autre, leur consistance et leur logique sont distinctes, mais ils sont solidaires : ils constituent l'appareil psychique de l'individu. Mais ils communiquent entre eux : d'où la nécessité de penser les interférences entre ces trois espaces psychiques.

Les rencontres, lors des visites au domicile pendant l'accueil, constituent une des scènes sur lesquelles s'externalisent les processus psychiques du patient, de la famille d'accueil mais aussi des soignants.

Les soignants se trouvent ainsi eux-mêmes « captés » par cette multitude d'éléments psychiques engagés dans les liens intersubjectifs dont ils assurent, par leur travail, le soutien, la contenance et l'analyse. Ce faisant, ils alimentent également cette scène, de leurs propres mouvements psychiques référés à leurs groupes d'appartenance professionnel, mais aussi à leurs propres groupes internes reliés à leur groupe d'appartenance primaire et aux multiples composantes de leur espace intrapsychique. c'est aussi pourquoi le soignant ne peut pas être seul à assurer **cette fonction de régulation, de tiers....**

Il peut lui même raconter ses vécus, nous avons nos réunions, les séminaires, un projet de service qui apportent une enveloppe contenant où le tout est contenu.

Ce qui fait tiers également dans cet accompagnement c'est la présence d'un autre espace d'appartenance et il ne disparaît pas, c'est Gerville.

Mme Sanchez raconte comme le séquentiel lui est nécessaire, pour faire quelque chose de tout ça avec lui « je sais que je ne suis pas toute seule ».

En étant au plus près du patient 24h/24h, elle le regard et lui offre enfin un investissement, et une affection constante et durable dont il a tant manqué. Jacques peut reconstruire des assises narcissique jusque là bien fragile.

Mme Sanchez dans son quotidien ne cesse de le regarder, de lui parler et de lui répéter les choses avec tendresse souvent je l'entends lui dire « aah je te connais bien mon petit Jacques, tu as compris ce que je t'ai dit, tu es sage à Gerville et tu sais que je suis là pour toi ». Aussi avec fermeté « non je ne veux pas que tu fasses ça! c'est interdit et tu te tiens correctement ! » et je lui répète répète dit elle mais tous les jours qu'il ne doit pas fumer dans sa chambre parce que je ne serai pas contente. Elle rajoute « Avec Jacques, il ne faut pas être trop gentil car il a besoin de limite en permanence ». Il s'agit à la fois d'occuper une fonction paternelle et maternelle.

Dans le groupe de réflexion mensuel, souvent, elle a pu dire « il se sent plus vivant en famille d'accueil » (...) et vous savez même si je fais ce métier depuis 1987, les patients sont plus difficiles qu'avant, ils demandent plus de vigilance. Mais ce qui est génial, c'est qu'on a des résultats ». Elle poursuit en parlant de Jacques « lorsque je l'ai vu pour la première fois, je l'ai regardé et je savais que je pouvais faire quelque chose de lui ». Dès le premier regard, il y a une reconnaissance des compétences mutuelles. L'accueillant travaille avec son engagement et la force d'être à proximité de la souffrance psychique.

Dans ses travaux, BION a développé le modèle de contenant-contenu : le bébé vit des éprouvés qui ne peut penser. C'est sa mère, avec sa capacité de rêverie, qui aura à les accueillir et à les transformer en mot.

« parfois il me fatigue ! Mais bon c'est mon travail je l'aide. Je lui fais des bons plats, il me parle je le comprends pas c'est qu'il a son langage à lui et je l'écoute. Maintenant on discute, c'est important ».

« Au début il ne savait rien faire, même pas mettre son drap sur son lit, ni mettre le couvert, arff je vous assure un bébé! / il ne me lâchait pas, il ne me quittait pas d'une semelle, c'était pénible ! il pouvait m'appeler Véro Véro Véro mais 1000fois dans une journée, j'en avais mal les oreilles / ce qui est dingue c'est que parfois il ne m'appelait pas mais moi je l'entendais m'appeler après c'est lui qui riait ...il me disait : tu entends des voix ». « parfois je veux lui faire plaisir, alors je lui achète ses madeleines et puis hop il fait une bêtise ! Ah c'était pas facile »

« Il fallait que je ferme à clef la salle de bain car il me suivait mais partout dans la maison, je pouvais pas prendre ma douche ! Il était derrière la porte et il m'appelait».

Une illustration d'une sorte de collage physique, d'un empiétement, d'une absence de limite, de la violation de l'espace privé, en bref de son adhésivité.

« Il faut constamment le rassurer comme un bébé, en toute honnêteté au début c'était dur ! Mais aujourd'hui ça va, il est mignon. En fait, je fais en sorte qu'il comprenne que je suis là pour lui mais il n'y a pas que lui car il n'est pas le seul patient à la maison et j'ai mes enfants, mon mari, ma vie ». oufff ! Chacun a sa place.

Durant la période des vacances de Mme Sanchez, l'année dernière, Jacques est accueilli dans le service de Gerville pour 10 jours. Dès son arrivée, il est insupportable, il tape à la porte du bureau des soignants plusieurs fois, réclame des choses, colle sa tête à la vitre du bureau. Lors de cette journée je le croise dans les couloirs, il a des larmes. Il me dit « elle est partie, elle est morte ! j'ai mal (il pose sa main sur son torse et son sexe) » je lui dis vous imaginez des catastrophes, c'est l'absence ! (silence) elle m'a abandonné dit il, ce à quoi je lui dis « Je sais qu'elle reviendra vous chercher dans 10 jours, ça veut dire passer ici 11 nuits et repartir chez elle » ce à quoi il répond « ah bon !? vous êtes sûre ? elle viendra me chercher ?! » Je lui précise « c'est ce qui est organisé entre le SAFT et Gerville, ce qu'elle vous a dit et ce qu'elle a dit à l'équipe de Gerville, elle est en vacances et elle reviendra » / « Ah, ici c'est comme une maison de villégiature » dit il.

En guise de conclusion : Jusqu'ici, Jacques fait de sacrées expériences... il trouve différents espaces dans lequel ses épreuves sont accueillies. On ne le laisse pas tomber ! Cette capacité à contenir ses émotions, ses idées, ses actes pourraient lui permettre de trouver l'environnement moins hostile et un sentiment d'existence moins douloureux, c'est notre pari depuis de nombreuses années.

La contenance de notre dispositif repose sur :

- sa souplesse et son organisation pour autoriser les uns et les autres à imaginer, à désirer, à conflictualiser les tensions et à prendre des risques.

Elle repose également sur :

- la capacité d'être en lien avec Jacques même s'il a tout fait pour faciliter le rejet,
- la capacité à tolérer son avidité, ses mouvements de destructivité même s'il a été la terreur de l'hôpital
- et la capacité à le regarder en le prenant en compte.

Le dispositif de l'aft repose notamment sur la situation groupale, une équipe et l'institution.

Si le terme d'accompagnement renvoie au compagnonnage, à un cheminement côte à côte, son utilisation en psychiatrie n'est pas sans soulever quelque paradoxe : comment cheminer en effet à côté de celui qui ne sait pas ni où il va ni d'où il vient?

C'est pourquoi nous insistons sur la nécessité d'un véritable engagement relationnel dans toute démarche d'accompagnement qui se voudrait thérapeutique . Tout soignant qui propose d'emprunter un chemin avec un patient psychotique et de l'y accompagner, assume un temps, souvent très long, une fonction de moi auxiliaire, il soutient un narcissisme vacillant par un investissement constant, qu'il n'est pas rare d'appeler "dévot " tant il demande effort et abnégation!

Si le soignant, l'accueillant peut cheminer avec le patient, l' accompagner c'est aussi parce qu'il n'est pas seul. Soutenu par une équipe de soins et une institution, enveloppes contenantes et régulatrices qui viennent jouer un rôle tiers dans cette relation patient-accompagnant, il évite l'embourbement au milieu du chemin! le piège de la séduction narcissique et des relations d'emprise.

L'accompagnement de nos patients psychotiques les plus gravement atteints ne peut donc se penser qu'au sein d'un dispositif de soins organisé et structuré, ou puissent se dire les vécus et s'élaborer une pensée collective. Cependant et à la fois, le fonctionnement de ce dispositif doit se faire suffisamment souple et vivant pour autoriser les uns et les autres à imaginer, à désirer et à prendre des risques.

Dans l'histoire de Jacques, c'est bien cette prise de risque, ce pari et l'engagement thérapeutique des équipes successives qui expliquent son incroyable cheminement .

Le terme d'accompagnement aujourd'hui très répandu en psychiatrie ne doit pas faire oublier ces dimensions du soin, à notre sens essentielles.

Discussion

Tous les participants sont impressionnés par la qualité de la présentation de cette situation particulièrement lourde psychopathologiquement, qui nous donne une très bonne perception de ce travail de passeur réalisé par les équipes soignantes et les accueillants familiaux au fil des années. Beaucoup sont heureux de constater qu'un accompagnement aussi prolongé dans la continuité soit encore possible dans le cadre d'une politique de secteur. Ce qui met en évidence les menaces qui pèsent sur ce type de pratiques auxquelles ont dû renoncer beaucoup trop d'équipes.

La formation des accueillants familiaux ?

Les familles sont recrutées sans formation spécifique et pour beaucoup ce sont des conditions essentielles pour garantir un environnement profane où peuvent se jouer les divers mouvements affectifs et émotionnels spontanés et habituels dans une vie de tous les jours. Les formations et l'accès à un savoir psychiatrique ne sont pas sans modifier nos façons d'être et de faire dans les interactions avec les personnes souffrant de troubles psychiques... et heureusement !

Cette question de l'accompagnement non spécifique ou spécifique a été abordée en 2017 quand nous avons évoqué les questions de l'accompagnement par des bénévoles. Déjà nous avons remarqué que tout était possible pour un bénévole sans formation spécifique si son intervention s'inscrivait dans un travail « un accompagnement collectif » par un groupe de soutien et de réflexion.

Certains participants se sont demandés si il ne serait pas opportun de voir les accueillants familiaux participer à des séances d'éducation thérapeutique ?

On a pu voir dans cette situation que les échecs sont toujours des enseignements et sont toujours porteurs d'avancées futures dans la mesure où l'espoir anime la dynamique de l'équipe soignante. La famille accompagne la personne avec le soutien de l'équipe, c'est un peu comme si la famille pouvait lire la carte sur laquelle elle avance avec l'aide de l'équipe.

L'engagement des familles d'accueil ?

C'est un engagement remarquable qui concerne l'ensemble des membres de la famille. On a vu dans cette situation que cette capacité, cette culture de l'accueil, s'est transmise de mère à fille. Il faut noter que les candidatures pour devenir accueillant se font spontanément, il n'est pas nécessaire de faire des campagnes de recrutement. C'est dire que le bouche à oreille, la proximité participent à la diffusion de cette culture de l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques.

Ces familles « tiennent le coup », il n'y a pratiquement pas de démission. Ceci indique qu'en dehors de leurs qualités propres ces familles trouvent dans le dispositif les soutiens qui sont indispensables pour poursuivre cet accompagnement éprouvant. Il a été précisé que l'équipe soignante veille « à la bonne santé mentale physique et fonctionnelle de la famille ». c'est un véritable travail de prévention des « risques psychosociaux » de ce type d'activité professionnelle. Il passe par des conseils d'arrêt maladie quand l'épuisement est trop grand ou par des propositions de périodes de vacances. Tout ceci est envisageable dans la mesure où l'équipe soignante peut s'appuyer sur l'organisation de séjours de rupture ou des admissions séquentielles dans le foyer de post cure ou le service hospitalier pour les personnes qui vivent dans cette famille.

Les familles sont très motivées, pour des raisons multiples non abordées, mais Mme S. a su nous dire avec humilité qu'il fallait avant tout des capacités d'empathie de dévouement et d'amour.

Dans un registre avoisinant il a été évoqué le « réseau de grands parents » mis en place par l'Unafam qui est porté par de bonnes volontés mais où il est parfois difficile de s'y retrouver ?

L'importance du changement de regard ?

Ceci a été souligné à plusieurs reprises dans la présentation, y compris le fait que l'aide soignante qui a choisi de devenir accueillante familiale avait perçu que le patient en question avait changé pendant un séjour extérieur à l'établissement. Tous ces changements de regard de l'environnement

sur la personne ne sont que le reflet des changements de regard de la personne sur elle-même (et vice versa). Ceci indique combien il est important de prendre les risques de créer de nouvelles rencontres dans des cadres différents pour que se dévoilent d'autres compétences d'autres intérêts d'autres surprises de la vie. C'est dans ce mouvement que l'on a appris que ce patient a pu renouer avec des membres de sa famille naturelle dans le cadre de l'accueil familial. Le contact direct avec la famille d'accueil a pu permettre à la sœur de changer de point de vue : il était possible pour Jacques de ne plus vivre dans un service fermé marqué du sceau de l'aliénation et de la dangerosité.

Cette séance du séminaire est un peu l'éloge de la prise de risque dans ces accompagnements au long cours, pour dépasser des situations figées et décourageantes ! Pour trouver un chemin, le passeur doit pouvoir prendre des risques dans le cadre de son propre accompagnement par un groupe soutien et solidaire.

C. Bonnet