

L'équipe présente le cas de J., un homme qui a aujourd'hui soixante ans.

C'est un cas présenté sur un temps long, avec investissement fort et durable des équipes – et dont l'issue est perçue par tous les participants du Séminaire comme une histoire d'espoir.

Jeune, J. a des rapports conflictuels avec ses parents et présente des difficultés psychiques – il est hospitalisé à de nombreuses reprises.

Il est accueilli dans une UMD à l'âge de 40 ans - Détresse et violence

Puis dans un foyer de post-cure pour patients dépendants – il est moins violent, phénomène de régression.

Suite au décès de sa mère – il développe un rapport à une soignante, à laquelle il s'attache dans un rapport « adhésif ».

L'idée se fait jour de placer ce patient dans une famille d'accueil, où il est actuellement.

L'accueil familial thérapeutique - soin original depuis 1970 environ – même si la notion de placement remonte au 13^{ème} siècle - bénéficie à des patients graves mais stabilisés

A l'ASM 13, il y a 13 familles d'accueil – en trouver est possible.

L'accueillante salariée joue un rôle central – elle permet une relation de confiance et de tolérance.

L'Équipe choisit les familles, assure le suivi, prépare la séparation quand le patient doit partir.

L'institution soutient l'accueil par des VAD et des appels pour veiller au bien-être et à la sécurité du patient et de la famille d'accueil – qui est un groupe contenant ; elle assure la régulation des liens - traiter les obstacles émotionnels, créer de la pensée intra-psychique et trans-subjective.

Interventions de la cadre de santé, du docteur, de l'Infirmière et de la psychologue - (importance du groupe). Il y a des consultations psychiatriques tous les mois et un groupe de réflexion.

La famille du patient constitue le groupe primaire (appartenance – carencée chez J.) et le groupe secondaire est celui qui se constitue autour de l'accueillant salarié.

Après un ou deux échecs, J. est à présent dans la famille de Madame S. (accueillante depuis 1987 et dont la mère a aussi été accueillante pendant de nombreuses années). Des liens culturels forts existent entre eux – origine juive tunisienne - Mme S. a même aidé à J. à renouer avec des membres de sa famille qui s'étaient éloignés de lui devant ses difficultés.

Mme S. est présente pour témoigner de son expérience avec J. et avec l'équipe.

L'expérience du temps chez le patient psychotique est particulière.

Pour arriver à cette évolution positive pour J., il a fallu un engagement très long et profond des soignants Le dispositif est souple et vivant, créatif – il y a des prises de risques

Le long terme implique de passer par des échecs, des réticences chez tous.

L'assistance sociale rappelle les exigences au niveau des familles d'accueil : pas de formation initiale, mais des groupes de parole, une formation à la sécurité, (fausses routes ...) l'idéal est qu'elles ne soient pas trop formées /formatées - regard frais, pas d'idées préconçues.

Les soignants ont aussi droit à une formation : comment être soignant(e)s avec des familles d'accueil, capacité à travailler au sein d'une équipe.

L'ASM 13 – a fait le pari sur l'ambulatoire.

La MAS de Créteil, située à côté de l'hôpital Chenevier a un partenariat (non sectorisé pour permettre la continuité) avec un (des 9) GEM de Créteil *dirigé par Béatrice Barbier*.

Un GEM (groupe d'entraide mutuelle – prémices depuis 1979 mais officiellement créés en 2005) est un lieu de loisir pour les adhérents : Jeux de société ...

Une ancienne résidente de la MAS est devenue présidente de GEM à Créteil

La MAS a 10 places pour un accueil de jour et quelques places pour un accueil temporaire.

Pour les 40 résidents à temps plein, le travail se fait en unité de 10 résidents pour 9 encadrants

L'équipe présente le travail d'accompagnement thérapeutique pour Mme M., née en 1961, M. a en jeu et l'objet de tensions entre ses parents qui ont divorcé. Mme M a travaillé pendant 4 ans dans l'entreprise où travaillait son père – elle a ensuite été en invalidité.

Sa première hospitalisation date de 1989.

De 2000 à 2013 elle a été hospitalisée en continu - sauf vacances chez son père.

A présent son père est mort, elle a gardé des contacts avec sa belle-mère et sa mère – « fuyante » sur la pathologie de sa fille - la voit tous les lundis après-midi – pour une mission "culturelle".

La MAS où elle rentre en 2013 constitue une chance pour elle. Elle souffre d'hallucinations visuelles olfactives, a des rituels envahissants – ce qui rend tout ce qui tourne autour de la toilette du matin long et compliqué.

Elle entend des voix – et mêle à sa vie d'imaginaires relations avec des vedettes connues. Elle présente parfois une phobie du toucher ...

Souvent apathique l'après midi elle fait des longues siestes, ne participe plus aux activités non obligatoires proposées par la MAS.

L'équipe des professionnels est pluridisciplinaire : médecin, as, ide, psy, maintenance, pôle administratif, pôle animateurs pour les activités extérieures

Il y a une personne que l'on appelle la Maîtresse de maison : elle fait le ménage, sert les petits-déjeuners mais a aussi un rôle d'accompagnement des résidents (entre le sanitaire et l'éducatif)

Ils ont régulièrement des réunions de synthèse

Une Psychiatre est présente à 40% (2 jours par semaine) - chaque résident a son psychiatre référent au CMP.

La MAS est financée par l'ARS – le contrat étant qu'il faut éviter les hospitalisations.

Pour les équipes, le cas de Mme M. a créé des tensions : cas trop envahissant, patiente trop compliquée pour certains.

A présent, elle est plus attentive aux autres résidents, ce qui réduit les tensions, elle a moins besoin de rituels quand elle est à l'extérieur.

L'accompagnement qui s'est mis en place peu à peu avec son accord est le suivant :

- 1) Planning (organisation de la journée de Mme M.)
- 2) Entretiens une fois par mois avec 3 personnes de l'équipe
- 3) Réunions cliniques et d'équipe
- 4) Lien avec le CMP

A la MAS à l'accueil il y a des couloirs – de l'espace / ce qui répond au besoin d'être isolé pour les résidents. Pour eux, le temps est détendu, ils ont besoin de temps non contraint. Inutile de les pousser à des projets qui leur restent extérieurs. 50% des résidents (5 unités) peuvent sortir seuls.