

Patrick GALISSON

Psychiatre, C.H. Les Murets

➤ AXE n°1 : DU COTE DES FAMILLES

Un Accueil Familial Social ... Thérapeutique

Préambule

Les réflexions que nous vous proposons sont le fruit du travail d'un collectif de huit soignants en psychiatrie que nous représentons. Conscients de la modestie de cette contribution, nous savons que le temps nous a manqué, mais pas l'envie de participer à ces journées.

Les situations cliniques que nous rapportons pour conduire notre réflexion se développent dans le cadre d'un « Secteur de psychiatrie » qui met à disposition du public un ensemble de lieux de soin et de prestations variés sur trois villes de l'est parisien. Ce dispositif comprend :

- une unité d'hospitalisation à temps plein de 31 lits située à une quinzaine de Kms du lieu d'habitation des usagers.
- des cadres de soin installés sur les villes du secteur, comprenant :
 - un foyer de postcure
 - un hôpital de jour
 - deux lieux de consultation (CMP)
 - un lieu d'accueil spécialisé et d'activités thérapeutiques (CATTP)
 - une prestation de soins à domicile permettant le passage de soignants ou une hospitalisation dans le lieu de vie du patient.
 - un ensemble de cadres d'hébergement thérapeutique (appartements associatifs, appartement relais, accueils familiaux sociaux).
 - un atelier d'activité thérapeutique réhabilitant avec des patients, des domiciles de patients.

La présence d'infirmier(e)s et de médecins psychiatres du service associés à l'accueil des urgences et impliqués dans le travail de liaison d'un hôpital général situé sur l'une des communes de ce secteur est une particularité propre à ce secteur.

L'ensemble de ces soins sont mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire où se conjuguent les fonctions suivantes : médecins psychiatres, infirmier(e)s et cadres infirmiers, ergothérapeutes, A.S, psychologues cliniciens, psychomotricien(ne)s, secrétaires, aides soignant(e)s, ASH.

1. Les prémisses

Au début des années 90, sous la houlette de nos collègues Assistantes Sociales, le service réfléchit à l'intérêt de disposer d'une prestation d'accueil familial. Les arguments de l'époque prennent en compte la dynamique de fermeture de lits d'hospitalisation souhaitée par les tutelles, la volonté du service d'agir concrètement pour permettre à certains patients de trouver un cadre de soin plus adéquat que l'hôpital et l'idée globalement partagée par les professionnels de l'intérêt thérapeutique d'un accueil en famille pour certains patients.

Cette conviction s'est nourrie du travail de réflexion menée par un petit groupe de collègues, et du témoignage de professionnels ayant une pratique de l'accueil familial. Elle a pu s'appuyer aussi sur le savoir-faire soignant propre à ce service. En effet, depuis plus de vingt ans, la pratique des hospitalisations à domicile et celle des appartements associatifs nous ont aidé à jalonner notre positionnement vis-à-vis du domicile d'un tiers et à réfléchir sur l'espace privé et collectif.

Les soins au domicile d'un patient nous amènent à le rencontrer sur le terrain de son intimité où il faut savoir respecter l'espace de chacun, la place qu'il peut nous réserver ou non. Cela nous fait travailler avec l'environnement immédiat, en particulier, sa famille et ses proches. La plupart du temps, dans le cadre habituel des hospitalisations à domicile, nous n'avons pas de relations contractuelles directes avec la famille mais essentiellement avec le patient désigné. Ici, dans une famille d'accueil, cela s'avère différent, chacun s'est pour ainsi dire choisi, nous nous revoyons chaque mois, ce qui construit les liens et les articulations nécessaires au travail commun. Il n'y a pas de contrat effectif mais plutôt un contrat moral.

En 91, un argument est rédigé, dans lequel il est affirmé que le seul cadre adapté pour mener à bien un tel projet est l'Accueil Familial Thérapeutique ! Ce bel élan devra se confronter à quelques processus « insaisissables » (?) institutionnels remettant en cause le projet d'établissement. En effet à l'exception de notre secteur, au Centre Hospitalier des Murets à la Queue en Brie, une pratique d'hébergement en famille d'accueil existe déjà depuis une dizaine d'années pour des malades le plus souvent hospitalisés depuis un temps très long. Accueil financé par les patients eux-mêmes par l'intermédiaire du tuteur ou du curateur du malade. Conformément aux attentes du programme d'établissement, les tutelles créditeront l'Hôpital de dix places d'AFT. Toutefois la formule du « tout payé par l'hôpital » (en référence au décret de juillet 90) n'ayant pas satisfait l'ensemble des intervenants, le financement de l'AFT ne sera jamais réalisé.

Tout ceci va nous obliger, après une phase d'élaboration complémentaire, à modifier le projet thérapeutique de départ. Ces circonstances originelles ne sont certainement pas pour rien dans la manière dont se sont construites et ont évolué nos relations avec les familles ainsi que sur notre manière de travailler avec elles.

L'occasion de mettre en application nos premiers préceptes nous sera fournie par une famille d'accueil recommandée par des collègues d'un autre secteur.

2. Le fonctionnement

La composition de l'équipe s'est peu modifiée depuis son origine. Pluridisciplinaire, elle réunit un médecin psychiatre, un psychologue clinicien, trois infirmiers, un cadre infirmier, une secrétaire et une assistante sociale.

Chaque intervenant est issu de différentes unités de soins du secteur aussi bien intra qu'extra hospitalières. L'équipe se réunit une fois par mois. Sont abordées les questions relatives au suivi de l'accueil (visites, compte-rendu, projets, candidatures etc..). S'y élabore également un travail théorique et clinique qui a sans doute permis de lutter contre l'épuisement qui aurait pu naître du décalage entre un investissement important et la modestie de la réalisation.

Depuis 1990 nous avons travaillé avec un très petit nombre de familles soit environ 5 familles dont deux qui accueillent actuellement trois patients.

Cela peut sembler être une faible activité, au regard d'une réflexion d'équipe menée depuis 13 ans. Disons que cela tient à l'histoire de notre institution et à la configuration de nos communes, peu intéressées par l'accueil de malades mentaux.

3. Notre spécificité dans la mise en place et le suivi de l'accueil

Dans une volonté affirmée de continuité des soins, de maintien d'une dynamique thérapeutique, nous avons souhaité que chaque patient garde ses référents médico-sociaux d'origine.

Ainsi dans la mesure du possible, le patient continue à consulter au Centre Médico Psychologique pour y rencontrer son médecin mais aussi ses infirmiers référents, son assistante sociale.

La mise en place de l'accueil débute par un travail préparatoire permettant au patient d'être impliqué, autant qu'il lui est possible, dans cette proposition de soin. C'est au cours de cette phase que se prépare la participation au projet des tiers qui comptent pour le patient (famille, référent d'une mesure de protection, soignants ayant accompagné le patient dans sa trajectoire de soin). Dans le même temps, l'accueil du patient s'organise avec la famille d'accueil. A l'usage et dans l'après coup, certains loupés ont semblé relever, pour partie, de certaines insuffisances dans l'attention portée à cette période préparatoire.

Viennent ensuite des périodes d'essai qui précèdent la mise en place d'une hospitalisation à domicile au cours du premier mois d'accueil pour évoluer enfin vers l'instauration de visites mensuelles.

L'utilisation du cadre de soin bien particulier qu'offre l'hospitalisation à domicile est un élément précieux dans cette phase d'installation et d'investissements relationnels. Celle-ci permet l'instauration d'un accompagnement plus soutenu dans les débuts, au plus près des besoins des différents acteurs de l'accueil, à raison d'une rencontre par semaine, voire plus, sur une période d'un mois.

Enfin il nous faut évoquer une spécificité qui s'est imposée à nous : celle du mode de financement des accueils.

Rappelons que notre institution hospitalière a fait le choix de ne pas financer d'accueils thérapeutiques.

Une pratique d'accueils familiaux sociaux s'est donc, de fait, développée sur l'hôpital des Murets.

Parallèlement, l'histoire de notre équipe nous a conduit fortuitement à travailler avec des familles issues d'un département qui n'a pas instauré, comme le prévoyait la loi de 90, d'accueil familial social.

Notre premier accueil a coïncidé avec la mise en place de cette loi et nous avons longtemps cru, et on nous a longtemps laissé croire, que la situation des familles allait se régulariser, c'est à dire devenir agréées par le Conseil général pour l'accueil de personnes âgées et handicapées.

Les demandes d'agrément sont restées sans suite malgré de multiples démarches et rencontres avec le département.

A ce jour les familles ne sont toujours pas agréées et c'est un autre type d'agrément et de contrat moral qui s'est instauré au fil du temps entre familles, patients et soignants.

Le temps passé auprès des familles et des patients nous a permis d'affiner nos critères et de ne plus travailler qu'avec deux familles, certes non agréées administrativement parlant mais agréées par les patients qu'elles accueillent et par notre confiance dans leurs compétences thérapeutiques. En thérapie familiale, notait une collègue, on parlerait de confiance dans le système thérapeutique « famille/patient/équipe ».

Nous n'avons pas fait le choix de mettre fin aux accueils familiaux mais avons plutôt appris à intégrer ces contraintes qui donnent une coloration particulière à notre pratique.

4. Madame S.

Mme S. a 50 ans, est originaire d'Algérie, et est venue en France à l'âge de 6-7 ans. Elle est la 6^{ème} d'une fratrie de 9 enfants. Elle suivra une scolarité jusqu'à l'âge de 19 ans dans un LEP et obtiendra un CAP de couture puis travaillera dans un atelier de confection.

A l'âge de 24 ans, elle se trouve enceinte dans les suites d'une relation entretenue sur le lieu de travail avec un homme d'origine grecque. Linda sera son seul enfant qu'elle élèvera avec l'aide de sa mère avec laquelle elle semblait résider.

Quand nous faisons sa connaissance en 1995 elle vit depuis plusieurs années avec sa mère et une autre sœur malade (les deux sœurs sont psychotiques). Sa fille quittera la maison à l'âge de 16 ans pour aller vivre avec un ami.

En 1995, des voisins, témoins de violences, de cris et d'errances de la part des deux sœurs qui se retrouvent seules au domicile après que leur mère fut hospitalisée, font part de leur inquiétude aux soignants du Centre d'accueil.

A partir de ce signalement, des visites à domicile vont permettre un contact avec Mlle S. qui, seule, répondra à notre proposition de soins. Elle est très en retrait, quasi mutique, n'exprimant aucun délire mais paraissant hallucinée, ce qui se manifeste par des attitudes d'écoute.

Du fait de cette prise en charge, elle quittera son logement pour intégrer successivement le foyer de post-cure, un appartement associatif et enfin une famille d'accueil.

Les suivis ambulatoires, sous forme d'hospitalisation à domicile le plus souvent, ont permis d'évaluer ses besoins pour qu'elle s'y achemine personnellement.

Aujourd'hui, elle continue à être suivie par le Centre et participe à certaines activités comme la peinture sur soie, avec zèle.

Elle entre dans la famille B. en septembre 2000, après un mois d'hospitalisation à domicile pour installer le cadre et sera vue régulièrement une fois par mois en visite à domicile. On tentera de l'amener à s'inscrire dans un centre de soins proche du domicile, ce qui sera effectif en septembre 2001. Elle va maintenant deux fois par semaine à l'Hôpital de jour de BONDY.

Lorsque Mme S. est devenue grand-mère, ce fut un moment difficile pour elle. Sa fille attendait un enfant.

Elle nous en avait informés certes, toutefois nous apprendrons la naissance de sa petite fille, presque fortuitement. Dans nos rencontres, nous percevons bien que les réminiscences de sa propre grossesse sont impossibles. L'évocation de sa place de mère à la naissance de son propre enfant est délicate. Elle ira voir sa petite fille tardivement.

Sans doute, tout cela se parle dans la famille d'accueil, à la manière de Mme B., avec une certaine force de l'évidence, la place de la tradition, celle de la famille surtout.

Aussi, lors du premier Noël, le fait que Mme S. n'ait pu penser à un cadeau, a beaucoup remué Mme B. au point qu'au terme de leurs échanges quotidiens, elle convainc Mme S. d'acheter un cadeau qu'elles iront chercher ensemble. Mme S. va demander de l'argent à sa curatrice pour le cadeau de sa petite fille, elle qui, précédemment, ne faisait que réclamer de l'argent pour s'acheter des cigarettes.

Elle peut passer du « recevoir » au « donner ».

Mme S. investit à nouveau sa propre famille et ne participe plus comme auparavant de « l'extérieur ». Elle réussit à se rendre au domicile de sa fille et non plus seulement à la sortie du travail de celle-ci où elle allait pour lui demander de l'argent.

Depuis, les choses continuent à se nouer, des photos de l'enfant circulent. Mme S. peut témoigner spontanément de sa place dans sa famille.

La famille qui accueille Mme S. est d'origine Maghrébine et part chaque année au Pays. Le résident en famille d'accueil doit aménager lui aussi ses propres vacances.

L'an dernier, Mme B. propose à Mme S. de les accompagner en Algérie. Hésitante, ambivalente, elle exprime ses craintes faisant état de l'insécurité qui règne dans certaines régions. Si Mme S. va en Algérie, c'est, dit-elle, pour revoir un membre de sa famille qui y réside encore, sa sœur aînée. Ce n'est pas possible, elle refuse donc de partir.

Cette année, la proposition se présente à nouveau. Le processus d'élaboration est plus soutenu, par nous, par la curatrice de Mme S. et par la famille d'accueil. Cela permet d'obtenir d'autres réponses...

L'Algérie lui fait peur parce qu'elle ne sait pas ce qu'est devenu ce qu'elle a laissé. Elle avait 6 ans lors de son départ. « Cela a dû changer » dit-elle.

L'Algérie, c'était la famille au complet. Ce qui l'amène à dire : « Il me faudrait des vacances en famille ».

Dans sa réflexion avec nous, elle fait le tour des différents frères et sœurs vis à vis desquels les liens se sont distendus.

Elle peut évoquer l'idée de retrouver une nouvelle place au sein de cette fratrie mais ne peut envisager les moyens pour le concrétiser.

Nous finirons par convenir avec elle de repasser par une remise en mot avec sa propre fille, qui, elle, reste en relation avec sa grand-mère et ses tantes surtout.

Pendant les cinq premières années de la prise en charge de Mme S., alors qu'il était déjà question de sa place dans sa propre famille, le seul « levier » qu'elle a accepté de mobiliser avec nous, fut sa propre inscription sociale (son identité sociale). Nous avons eu d'abord à aménager un espace plus personnel entre les deux sœurs malades concernant l'hébergement et les soins. Des rencontres eurent également lieu avec sa fille, plus à sa demande, elle qui se trouvait souvent envahie par la problématique de sa propre mère.

Le fait nouveau fut donc apporté par l'alchimie de la famille d'accueil, qui, par sa manière de vivre ses relations en famille, interpellera la résidente sur ses choix, et sur l'investissement qu'elle fait ou ne fait pas dans sa propre famille.

5. Madame M.

Madame M. est âgée de 50 ans, elle est mariée et mère d'un enfant. Elle a travaillé jusqu'à l'année précédant son hospitalisation.

Nous faisons sa connaissance dans le service à la suite d'une hospitalisation sous contrainte (HDT) en 1994.

Il s'agissait d'un épisode psychotique avec des automutilations dans le cadre d'un passage à l'acte délirant (automatisme mental), des idées d'autodépréciation et d'auto-accusation sur une thématique de fautes supposées envers son mari.

Il existe, par ailleurs, un syndrome de KORSKOFF, complication d'un alcoolisme ancien, ayant entraîné une détérioration intellectuelle avec désorientation temporo-spatiale, amnésie fabulatoire compensatrice. Tout ceci rendant impossible son consentement aux soins.

Elle avait été hospitalisée près d'une année dans une clinique d'où elle avait fugué.

Il y avait eu plusieurs hospitalisations dans les années précédentes.

Elle va rester un peu plus d'une année dans le service, où son état clinique va s'améliorer très progressivement. Les éléments délirants vont s'amender en premier, mais les conséquences de l'atteinte neurologique sont plus longues à régresser.

Elle reçoit les visites régulières de sa famille (sa mère, son mari, mais plus rarement son fils qui refusait de venir la voir à l'hôpital).

La persistance, pendant plusieurs mois des troubles du comportement, de la mémoire, une désorientation temporo-spatiale importante, des fugues, ne permet pas la modification du mode de placement.

En septembre 1994, des sorties d'essai régulières sont proposées afin qu'elle puisse réinvestir sa vie familiale. Mais la maintien de certains comportements, grasping, troubles du jugement - elle se nourrit dans les poubelles - ne permet pas d'envisager une sortie définitive.

En novembre, la levée de l'hospitalisation sous contrainte sera formulée car elle consent aux soins, ne fugue plus et les permissions se passent bien. Toutefois, les difficultés pour un retour définitif au domicile persistent et sa sortie du service en septembre 1995 se fera pour aller en famille d'accueil, solution acceptée par tous les intéressés, Mme M., sa famille et l'équipe soignante.

C'est la famille K. qui va accueillir Mme M. Dans l'après coup, il nous semble qu'avec ses caractéristiques d'organisation familiale traditionnelle marocaine, avec un père de famille ouvert sur l'extérieur, une épouse maîtresse de maison et des enfants impliqués concrètement dans l'accueil familial, Mme M. y a trouvé sa place et son compte.

Son mari lui rend visite régulièrement et l'amène à la maison certains week-ends. Elle reprend donc elle-même contact avec sa propre famille, et avec son fils en particulier.

Nous pensons parfois que sans l'accueil familial, Mme M. aurait fini son existence dans un service hospitalier long séjour avec un grand risque de perte des liens avec ses proches.

C'est sans doute, pour nous, l'accueil qui illustre le plus cette notion de « processus insaisissable » au point que nous avons eu parfois le sentiment d'être mis à l'écart. On a observé un réinvestissement des liens familiaux à l'intérieur du groupe familial de Mme M., non pas vers un retour aux liens antérieurs mais bien dans un nouvel aménagement de ces liens, médiatisés et soutenus par la famille d'accueil. Nous n'avons pas été les agents de ce processus mais il s'est fait avec notre accord tacite.

Au fil des années, le mari n'accueille plus systématiquement sa femme tous les W.E. (Il est à souligner que Mme M. ne reconnaît pas toujours, à leur juste place, mari et fils puisqu'elle se dit la femme de Michel SARDOU).

En nouant des liens privilégiés entre elles, la famille d'accueil et celle de Mme M. ont trouvé le moyen de compenser le déficit de gratification que procure la relation avec Mme M., tant auprès des membres de sa propre famille, qu'elle ne reconnaît pas toujours, qu'auprès de la famille d'accueil, qu'elle disqualifie en permanence.

La famille de Mme M. est invitée aux fêtes organisées par la famille d'accueil et le fils rend régulièrement visite à sa mère. Il est à présent lui-même père. L'annonce de sa prochaine paternité s'est faite à l'occasion d'une visite. Mme M. exprime alors qu'elle ne veut pas être grand-mère, mais déclare toutefois que « ... c'est le plus beau cadeau qu'un fils puisse faire à sa mère ». Mme K. soutiendra Mme M. dans cette place nouvelle de grand-mère en lui permettant d'acheter des cadeaux pour Noël et en lui proposant de mettre une photo de l'enfant dans sa chambre, un autre exemplaire étant installé dans le séjour de la famille d'accueil.

Mme M. a une place dans la famille de Mme K. à BONDY mais aussi au MAROC où elle accompagne maintenant régulièrement la famille K. en vacances. Comme le dit elle-même Mme K. : « Mme M. fait partie de la famille »

Conclusion

Nous comptons sur vos réactions pour parvenir à enrichir les commentaires que peuvent susciter les situations que nous vous avons présentées. Pour notre part, nous sommes convaincus, aujourd'hui, que si l'accueil familial « bricolage » que nous utilisons a produit des effets de relance thérapeutique, cela tient, sans doute à quelques éléments. Ce côté bricolage, justement, dans le sens noble du terme, nous a permis d'éprouver notre détermination à le mettre en place et à le faire perdurer. Cela n'a pas été sans effet sur la manière de concevoir, avec les familles, notre partenariat. Dans cette entreprise à plusieurs parties, on trouve, entre autres, de la confiance et une reconnaissance de la fonction et du travail accompli par l'autre. Nous avons appris à nous dessaisir de nos tentations de maîtrise de sujets supposés savoir. Bien sûr, tout cela ne se décrète pas mais se forge petit à petit au fil du vécu partagé. Les situations parfois complexes auxquelles il a fallu faire face ont montré à chaque protagoniste qu'il pouvait compter sur l'autre. Nous avons été saisis, parfois, c'est-à-dire surpris, par la manière dont telle famille, utilisant ses forces et son style propre, a participé au travail de restauration de l'identité de la personne accueillie. Nous avons saisi, alors, c'est-à-dire, pigé que nous ne devons pas obligatoirement nous sentir niés dans notre fonction quand nous étions simplement pris à témoin, après coup, de la réalisation d'un projet conçu en familles. Une vraie dynamique s'instaure alors autour du patient, chacun jouant la carte de ses propres compétences sans qu'à tout prix une unité d'action absolue soit recherchée.

Mais comme le faisait remarquer l'un de nos collègues, pour que les effets de cette relance thérapeutique produise au mieux ses effets, encore faut-il qu'il y ait quelqu'un de disponible pour la rattraper au bond. C'est peut-être en cela que notre « culture » du soin à domicile nous a permis d'accepter sans trop d'anxiété d'être des « dessaisis consentants » nous permettant alors de tenir pleinement notre rôle de soignants.

Merci pour votre attention.

Dr GALISSON, Mme BIHAN-POUDEC (infirmière), Mme YVROUX (Assistante sociale), M. SGAMBATO (Psychologue clinicien), pour l'équipe pluridisciplinaire de l'AFS.