

## LE TEMPS ET L'ESPACE EN AFT

### INTRODUCTION

Pourquoi avoir choisi ce thème plutôt qu'un autre ? Dans l'argumentaire envoyé, en décembre, par le GREPFA, la notion de « voyage » nous a interpellés. Un voyage, cela se prépare et s'organise, alors en AFT, à quel moment devons-nous proposer ce voyage ? Quels sont les moyens dont nous disposons pour le préparer, l'organiser et faire en sorte qu'il fonctionne ? En fait nous nous sommes aperçus, que notre réflexion d'équipe nous amenait à la question « on arrive quand et où » ? Notre choix s'est donc porté sur le Temps et l'Espace en AFT.

Nous avons repéré dans l'accueil, trois temps importants :

« La préparation » (ensemble des éléments porteurs qui permettent un projet en Accueil Familial Thérapeutique),

« La rencontre » avec ses différents espaces,

« L'accordage » un imprévisible mystérieux.

#### 1) A quel moment de la vie du sujet, le projet d'AFT surgit il ?

Il nous a été difficile de répondre à cette question, sans dévier sur « pourquoi ce choix » ?

Il nous a alors semblé nécessaire de clarifier dans un premier temps ce point afin de pouvoir répondre à la question qui nous préoccupe.

Donc pourquoi ce choix de l'A.F.T pour un patient ?

- Lorsque les familles naturelles croulent sous le poids des années passées à porter le handicap ou la maladie de leur parent ou enfant,
- De part l'évolution d'un patient, la dégradation de son état ou au contraire l'amélioration qui permet d'imaginer autre chose,
- Parce que l'accueil en milieu hospitalier a des limites, il faut libérer des lits
- Pour permettre la réinsertion et l'autonomisation de patient et/ou prévenir les effets de l'hospitalisation psychiatrique en évitant la chronicisation.

Finalement le projet d'accueil familial thérapeutique surgit dans un contexte bien particulier qui répond à plusieurs critères :

- Tout d'abord la prescription ne surgit pas à n'importe quel moment. C'est souvent en premier lieu, même si ce fait est peu avouable, une prescription utile pour l'institution, une prescription à laquelle nous allons tenter de faire adhérer un patient.
- Nous partons souvent de la disponibilité d'une famille qui a besoin de travailler,
- Il faut alors réfléchir aux patients, hospitalisés ou non, susceptibles de bénéficier de cette prise en charge. Nous rencontrons les équipes de soins et les médecins psychiatres afin de finaliser des accueils éventuels.
- S'ensuit alors un processus d'entretiens et de rencontres avec les patients proposés, en impliquant les familles d'origine lorsqu'elles sont présentes,
- ce n'est finalement que lorsqu'un patient est prêt pour ce projet et qu'il y a adéquation entre son profil et celui de l'accueillant que la première rencontre se fera.

II)

**UNE RENCONTRE COMPATIBLE ?**

Une rencontre en AFT c'est la rencontre de 2 espaces, celui de l'accueillant et celui du patient futur accueilli.

Nous avons souhaité associer les accueillants à notre travail de réflexion sur les caractéristiques de ces espaces. Chacun ayant ses propres perceptions de l'accueil, à des places différentes. Nous avons tenu à rapporter leurs propos aujourd'hui.

**L'espace de l'accueilli est un ensemble qui comprend :**

- Son histoire personnelle,
- son entourage familial,
- sa pathologie et le vécu de la maladie,
- sa disponibilité psychique, la capacité à gérer l'inconnu, à s'intégrer dans le fonctionnement familial, à renoncer ou faire le deuil de la vie en collectivité,
- ses conditions de vie,
- ses centres d'intérêts.
- son projet de vie,
- l'idée qu'il se fait d'être en famille d'accueil, sa compréhension de ce qu'est l'AFT et son investissement dans ce processus,
- Mais aussi l'espace matériel dont l'accueilli pourra bénéficier (un chambre à soi, un lieu, un espace pour chacun),

**L'espace de l'accueillant est caractérisé par :**

- la composition de la famille, la présence ou non d'un autre accueilli,
- Le fonctionnement familial, l'histoire familiale, la place de chacun et le mode de vie des accueillants, leurs activités et centres d'intérêts,
- Le lieu géographique et le cadre de vie,
  - La motivation, pourquoi avoir fait le choix d'être accueillant,
  - La projection, l'idée que l'accueillant se fait de l'accueil,
- L'image qu'il se fait de l'accueilli à travers les propos rapportés par l'équipe de soin.
- ses compétences : son savoir être et son savoir faire, la faculté de faire des concessions, de poser des limites, d'accepter la différence l'autre tel qu'il est... être à l'écoute, être patient, être soi-même dès le début, chacun à sa place.
- Les expériences antérieures d'accueil, pour l'accueillant il est important de rester modeste et de savoir prendre du recul par rapport à ses propres attentes.

C'est en essayant de faire correspondre les espaces de l'accueilli et de l'accueillant, que nous pouvons espérer que le choix sera le bon.

**Prenons l'exemple de Doris**

*Elle a 49 ans, est hospitalisée depuis 1 an pour décompensation psychotique. Depuis plusieurs semaines elle va mieux, la maladie mentale est stabilisée. Durant son hospitalisation elle a bénéficié d'un réajustement de traitement et d'activités thérapeutiques. L'objectif était de l'amener progressivement à l'autonomie, aux travers d'activités, telles que les repas thérapeutiques, les sorties sur l'extérieur, la communication avec les autres et la gestion de son temps.*

*L'évolution de Doris est satisfaisante mais son autonomie vis-à-vis de la gestion du traitement et des repas, de l'hygiène et des relations sociales reste à travailler.*

*Doris est abandonnique, toujours en quête d'affection ce qui la pousse à rencontrer de nombreux hommes eux-mêmes en grande difficulté sociale. Se comportement la met parfois en danger. Elle connaît mal sa pathologie et l'utilité de son traitement.*

*Elle aime le tricot mais ne fait que des bouts d'écharpe jamais terminée, s'intéresse un peu à la télé. Elle parle peu, elle est introverti. sa démarche est lente et toujours en retrait lors de sorties en groupe.*

*Elle a été mariée pendant plusieurs années, puis suite au divorce, elle est retournée vivre avec ses parents.*

*Au niveau professionnel, son père lui a permis d'avoir une activité salariée, à son départ en retraite Doris, s'est retrouvée en difficulté, elle est passée en invalidité. Actuellement sa mère est décédée depuis un an, son père est en maison de retraite et ses frères et sœurs ne veulent plus s'occuper d'elle.*

*Elle n'a jamais vécu seule et a toujours habité la même ville.*

*Elle n'a plus de lieu de vie et une orientation en foyer d'urgence n'est pas envisageable, suite à une première expérience de quelques mois ayant entraîné une majoration de ses troubles avec hospitalisation.*

*Après avoir fait savoir aux équipes de soins qu'une place était disponible en A.F.T, les médecins nous ont présenté Doris.*

### **Madame V**

*Agée de 50 ans, agrée depuis peu, elle était auparavant commerçante. Elle vit dans la même ville que Doris. Elle est mariée, à 2 filles âgées d'une vingtaine d'années qui sont parties du domicile pour leurs études. Monsieur V travaille dans la restauration.*

*Madame V aime les sorties cinéma, les brocantes, la décoration intérieure et la marche.*

*Le couple vit dans une maison où chaque chambre dispose d'une salle d'eau, les pièces à vivre sont spacieuses et la maison est entourée d'un grand jardin.*

*Madame V a un tempérament stimulant et cadrant.*

### **La rencontre de Madame V et Doris peut-elle être compatible ?**

- *L'une est abandonnique, l'autre a une grande disponibilité pour accompagner l'accueillie (pas d'enfant en bas âge, mari souvent absent en raison de sa profession),*
- *Doris est calme et discrète, Mme V est active et stimulante,*
- *Elles vivent dans la même ville,*
- *De plus elles sont de la même génération et de la même classe sociale.*

Dans notre exemple les deux espaces ne présentent pas d'incompatibilité et semblent pouvoir s'harmoniser.

Vu ces données l'accueil a été mis en place.

Nous sommes conscients que, avant même un premier contact, la compatibilité entre l'accueillant et l'accueilli est filtrée, par le tiers que représente l'équipe soignante, qui fait le choix de tel patient pour telle famille.

Mais en réalité on sait qu'il est difficile de prévoir comment l'accueilli va déployer sa problématique personnelle dans la famille d'accueil.

C'est pourquoi la décision d'intégration définitive, ne sera prise collectivement, qu'à l'issue de la période d'essai d'environ 1 mois et en fonction des éléments rapportés par chacun.

Ce sont bien souvent les éléments d'incompatibilité qui nous guident dans un premier choix : (accueillant/accueilli, histoire personnelle, loisirs, présence d'enfant, disponibilité du conjoint, lieux de vie etc....)

D'autre part nous savons que la réussite de cet accueil n'est pas déterminée seulement par les premiers instants que constitue la rencontre de ces 2 espaces. Elle est évolutive dans le temps et elle correspond le plus souvent, à une période de quelques mois, où chacun va apprendre à se connaître, à se libérer de « la bonne image » adoptée lors des premiers temps : ce que nous appelons la « lune de miel ». Nous évaluerons, au bout de 4 mois, la qualité du lien qui se construit, nous parlerons alors d'accordage.

### III L'accordage, cet imprévisible mystérieux.

Nous avons choisi ce terme d'accordage car il nous semblait être parlant dans ce contexte.

Toutefois, nous l'utilisons dans un sens quelque peu différent de celui de Stern (Cf. les notions d'accordage affectif entre la mère et le nourrisson).

Par accordage, nous entendons la façon dont le lien se construit et sur quoi il se construit. La façon dont les espaces de l'accueilli et de l'accueillant se rencontrent et interagissent. Il a une dimension intime, en lien avec les affects.

Nous ne pouvons qu'être observateurs extérieurs de la partie visible de ce lien.

Pour l'accordage rentrent en jeu certains paramètres tels que :

- l'adéquation des profils,
- la découverte, le repérage des centres d'intérêt pour pouvoir échanger,
- après un temps de construction de liens dans la famille d'accueil, ouverture aussi de liens sur l'extérieur par le biais d'associations, de retrouvaille avec la famille naturelle etc....

La famille est le support, le contenant de nos expériences et de nos émotions. Elle est notre histoire. Un patient accueilli dans une famille se retrouve confronté à sa propre histoire familiale, c'est souvent une expérience ressentie avec beaucoup d'émotivité, voir parfois de violence. L'accueil va donc faire ressurgir toutes sortes de souvenirs, d'émotions enfouies.

**Dans notre exemple** l'accordage entre Doris et Mme V a été progressif, avec des hauts et des bas. Au début de l'accueil, pour Doris, les règles imposées par Mme V sont difficiles à accepter, de par son âge et du fait que quelqu'un lui donne une conduite à tenir. Pour Doris il est bien difficile d'accepter des règles venant d'une « étrangère » et qui « a le même âge qu'elle ». De plus, Mme V lui renvoie l'image d'une femme, qui, à âge égal, a réussi sa vie affective, a des enfants, une maison, un métier, une place sociale que Doris n'a plus.

Pour Mme V, le comportement de Doris l'inquiète, elle parle peu, la regarde fixement pendant de longues minutes, elle n'exprime et ne fait paraître aucun ressenti, elle est très passive et toujours en retrait, aussi bien au domicile que lors des sorties familiales. De plus elle a remarqué que Doris a un comportement séducteur avec Mr V.

C'est à travers le dialogue, l'utilisation du « cahier de bord » mis en place par l'équipe de soin, la cohérence entre le discours de l'accueillante et des infirmières qui passent au domicile que progressivement la confiance s'est installée.

Il arrive que le contexte de l'accueil entre en résonance avec l'histoire personnelle. L'expérience peut faire ressurgir des souvenirs, des émotions enfouies, difficiles à contenir.

Parfois cette résonance rend difficile la prise en charge infirmière, l'accueilli ne nous faisant plus confiance. C'est par le biais de l'accueillant que le contact peut se renouer.

La confiance entre l'accueillant et l'équipe de soin est indispensable pour mener à bien le projet d'accueil.

Au fil des expériences, nous avons perçu que dans l'accueil, tout comme un iceberg, il y a la partie visible mais aussi la partie immergée.

#### *La partie visible*

- **ce que nous voyons** : l'état physique, un changement de comportement, un changement d'environnement....
- **ce que nous pouvons prévoir** : un événement perturbateur (tel qu'un changement de la vie familial, une famille naturelle trop intrusive ou encore une modification dans la prise en charge médicale),
- **ce que nous pouvons anticiper** : une révision de traitement, un accompagnement plus important de l'accueilli et/ou de l'accueillant...,
- **ce que nous savons** : histoire de chacun, les difficultés et les lacunes, ce qui nous est rapporté.....,
- **Et ce que nous entendons** : souffrances, joies exprimées....

#### *Mais aussi la partie immergée*

- **ce que nous ne voyons pas** : la vie ensemble, les discussions, les échanges, la vie au quotidien dans la famille d'accueil...
- **ce que nous ne pouvons pas prévoir** : une décompensation de la maladie, le fait que l'accueillant et l'accueilli se soient déjà connus des années auparavant ⇒ exemple de Mme N qui accueille, 26 ans après, l'enfant qu'elle recueillait chez elle les mercredis après-midi pour lui donner à manger et faire un peu de toilette et qu'elle n'avait plus jamais revu après son déménagement.....,
- **ce que l'équipe de soin ne peut pas anticiper**
  - ° Une complicité dans le non-dit, (exemple de cette accueillie qui faisait le gué pendant que l'accueillante était avec « un ancien ami » et dont le mari devait ignorer l'entrevue, donnant ensuite à l'accueillie matière à obtenir de nombreux bénéfices ...),
  - ° Les enjeux, ce que renvoie l'accueilli à l'accueillant et vice versa (« tu es payé pour t'occuper de moi », « si tu n'es plus la je n'ai plus de travail », « correspond à ce que j'attends de toi »....)
- **ce qui nous échappe** : Des éléments de l'histoire personnelle et des événements survenus pendant l'hospitalisation.

Et tout ce que nous ne savons pas...

Tous ces enjeux ou ces circonstances bâtissent cet accordage et le feront évoluer dans un sens ou un autre.

L'accordage entre l'accueillant et l'accueilli est évolutif, l'équipe de soins a une fonction médiatrice et veille à ce que l'accueil reste thérapeutique. Il faut le temps que la confiance entre chaque acteur s'installe : « oser dire », « oser se montrer en difficulté », oublier le sentiment d'être « jugé » ou « contrôlé ».

## EN CONCLUSION

L'accueil familial thérapeutique est un espace temps. Chaque acteur y trouve sa place et questionne le temps. Par exemple :

« Il est temps de lui proposer autre chose que l'hospitalisation » dit le soignant,

« Il est temps d'aller en famille d'accueil », « je suis prêt » dit le patient,  
« Je prend le temps de l'accompagner dans son projet » dit l'accueillant,  
« Il est temps de se faire confiance » se disent accueilli, accueillant et soignant,  
« Il est temps d'évoluer vers un ailleurs » « de travailler la séparation » disent les soignants,  
« Il est temps de quitter ma famille d'accueil » de « se dire au revoir », « j'en ai envie mais j'ai peur » se dit l'accueilli,  
« Il est temps que je le laisse partir » « mais peut-il de débrouiller sans moi ? » se dit l'accueillant,  
« Il est temps que ça s'arrête » peuvent se dire accueillant, accueilli et les soignants,

L'accueil familial thérapeutique est un espace où le passé, le présent et le futur interagissent, débordant le simple cadre de l' « ici et maintenant ». Notre rôle de soignant est d'être garant du temps et de l'espace dans ce processus qu'est l'accueil.

Tout comme l'accordage « cet imprévisible mystérieux », la fin d'un accueil, lui aussi, peut être, mystérieux et imprévisible.

Nous remercions nos accueillants familiaux pour la qualité et la richesse de leurs interventions lors de nos réunions et temps de formation ; richesse qui nous a permis de mener à bien ce travail.